



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
กรมควบคุมโรค DDC



วารสารวิชาการป้องกัน ควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ISBNx 2672-975X



- 1.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี กมลฉัตร สุขแสนและคณะ
- 2.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ชนกนันท์ ฝากมิตร และคณะ
- 3.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตพื้นที่ตำบลล่อ อำเภोजุน จังหวัดพะเยา ว่าที่ร้อยตรีหญิงรสกมล บุญเต็มและคณะ
- 4.ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย วรางคณา วสุรัตน์
- 5.ถอดบทเรียนในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล : การวิจัยเชิงคุณภาพ นางนุช โอบะ และคณะ
- 6.การสอบสวนอุบัติเหตุหมู่รถบัสทัศนศึกษาสองชั้น ชนกับรถยนต์คู่กรณีแล้วเสียหลักพุ่งลงข้างทาง ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ศิริรัตน์ ตันไสว และคณะ
7. การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ พชร มาเทียนและคณะ
8. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา สมบัติ ทังทอง
9. การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จังหวัดเพชรบูรณ์ ธิติมา กิ่งกระโทก และคณะ
10. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์



ฉบับเต็ม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก

ที่อยู่ : 306 หมู่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัด
พิษณุโลก 65000

☎ โทรศัพท์ 0-5521-4615-7

🌐 WEBSITE : [HTTPS://HE01.TCI-
THAIJO.ORG/INDEX.PHP/DPCPHS/INDEX](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/index)

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก The Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

นพ.ศรายุทธ อุดมมงคลพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

ดร.นิรมล พิมพ์น้ำเย็น รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ่อนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

นพ.พีริยะ วตะกุลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม บรรณารักษ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ 3 ฉบับ (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ธ.ค.

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน เม.ย

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ส.ค.

เผยแพร่ทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินาวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิทธิศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ดอสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโถม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ชนันท์ กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ว่าที่ร้อยตรี ดร.บุษกานา แยกคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
นพ.วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์	นักวิชาการอิสระ

ผศ.ดร.ศิรินภา อายุเย็น
ดร.กฤตน์ ปรีกษ์วานิชย์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พุดประเสริฐ
ดร.สุทรรศน์ สิทธิศักดิ์
ผศ.ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์
นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน
กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค นคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก The Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

นพ.ศรายุทธ อุดมมงคลพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

ดร.นิรมล พิมพ์น้ำเย็น รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ่อนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

นพ.พีริยะ วตะกุลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม บรรณารักษ์

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ 3 ฉบับ (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ธ.ค.

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน เม.ย

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน เดือน ส.ค.

เผยแพร่ทางช่องทางอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ่อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกุล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว่า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินาวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ประจวบ แผลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอปะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ. ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิทธิศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ดอสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโถม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ชนัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ว่าที่ร้อยตรี ดร.บุษกานา แยกคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช
นพ.วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์	นักวิชาการอิสระ

ผศ.ดร.ศิรินภา อายุยืน
ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ
ดร.สุพรรณสน์ สิทธิศักดิ์
ผศ.ดร.สรันยู เรือนจันทร์
นายแพทย์สุทัศน์ โชคนะพันธ์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน
กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 11 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 บทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสารกองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของท่านเพื่อ ตีพิมพ์เผยแพร่

โดยบทความที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียน บทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็น ประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อำนวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

ชื่อบทความ	สารบัญ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน			๗
1.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี = Factor Influencing Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Behaviors among Elderly Udon Thani Province		กมลฉัตร สุขแสน อัจฉรา จินวงษ์ อนวัช ภูทองนาค	1
2.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ = Factors affecting self-care behavior of elderly people with high blood pressure in Den Chai District, Phrae Province.		ชนกนันท์ ฝากมิตร ดวงพร พิกุลทอง อดิเทพ ดารดาษ	15
3.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตพื้นที่ตำบลลอ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดพะเยา = Factors Influencing Health Promotion Behavior of Patients After COVID-19 inLor Sub-District, Chun District, Phayao Province		ว่าที่ร้อยตรีหญิงรสกมล บุญเดิม ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	31
4.ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย= The effect of stroke preventive program among the elderly in Muang district, Sukhothai province		วรางคณา วสุรัตน์	48
5.ถอดบทเรียนในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูดลโมเดล : การวิจัยเชิงคุณภาพ = Lessons learned from the initial stages of the Bang Rakam PUWADOL Model Diabetes Academy : A Qualitative Research		นงนุช โอปะ สุภาพร แนวบุตร ปทุมมา ฤทธิ์โพธิ์ ศิริระ ปานแย้ม	60

สารบัญ		
ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
6.การสอบสวนอุบัติเหตุหมู่รถบรรทุกทัศนศึกษาสองชั้น ชนกับรถยนต์คู่กรณีแล้วเสียชีวิตพุ่งลงข้างทาง ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย = Investigation on injuries and deaths related to road traffic crash between a excursion bus and SUV car on the highway No. 1318 (Srisamrong-Srinakhon), Pak Nam Subdistrict, Sawankhalok District, Sukhothai Province	ศิริรัตน์ ตันไสว ทวิศักดิ์ ทองบุ อนัญญา ชุ่มธิ นพรัักษ์ อยู่น้อย	78
7. การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ = Corporation and Standard Monitoring in Health Service Model Development of Tumbol Health Promoting Hospitals after Decentralization to The Provincial Administrative Organizaion: A case study of Phetchabun Province	พชร มาเทียน ประทุม เมืองเป็	92
8. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา = Development of a Model for Stroke Prevention in the Elderly with Village Health Volunteer Participation in Chachoengsao Province	สมบัติ ทั้งทอง	110
9. การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จังหวัดเพชรบูรณ์ = Forecasting Pneumonia Incidents: Phetchabun Province	ธิดิมา กิ่งกระโทก วัฒนา ชยรัช	126

ชื่อบทความ	สารบัญ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
10. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ = Model of Development for Primary Care Service System Branch at District Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province.		สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์	141

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบทความวิจัย / สอบสวนโรค ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการรับพิจารณาเรื่องต้นฉบับตามลำดับก่อนหลังในระบบ ThaiJo

ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใดๆ ในทุกขั้นตอน

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร

1. เจ้าของบทความ ต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องตีพิมพ์ และต้องส่งเอกสารมายังกองบรรณาธิการ 1 ฉบับ ทางระบบ ThaiJo (<https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>) กองบรรณาธิการจะไม่รับพิมพ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

2. กองบรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่าบทความอยู่ในขอบเขตของวารสารหรือไม่

3. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องของบทความและตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักษราวิสุทธิ แล้วจึงจัดส่งยังผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นว่าควรรับลงตีพิมพ์หรือไม่ รวมทั้งอาจให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดส่งผลการประเมินยังผู้เขียนบทความ โดยทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind peer review)

4. หลังจากเจ้าของบทความได้ปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการพร้อมคำชี้แจงการปรับปรุงแก้ไขแล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาในขั้นสุดท้าย ว่ามีการปรับปรุงแก้ไขครบถ้วนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่ กรณีไม่ครบถ้วนจะมีการแจ้งกลับยังผู้เขียนเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมอีกครั้งหรืออาจปฏิเสธการตีพิมพ์

5. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และพิสูจน์อักษร ก่อนจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสาร

6. กองบรรณาธิการจัดส่งวารสาร ดำเนินการเผยแพร่

7. การขอใบรับรองการตีพิมพ์จะต้อง ผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ ในขั้นตอนที่ 1-4 จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ว่าปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน พ.ค., ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ก.ย., ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ม.ค. ***โดยผู้ที่ได้รับตีพิมพ์คือผู้ที่แก้ไขบทความเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD



คลิปสอนการส่งบทความ <https://youtu.be/q5JCLrfuelY>



2.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการวิจัย ผ่านการขอEC : Ethics Committee – จริยธรรมการวิจัย เนื้อหาประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและวิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์ผลการตรวจสอบ plagiarism คัดลอก ไม่เกิน 24 เปอร์เซ็นต์ มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค และอ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา บทคัดย่อภาษาไทย นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุปเอกสารอ้างอิง **อ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

3. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวย่อฉดการศึกษาสูงสุด พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) Abstract **วิธีการเขียนไวยากรณ์** <https://bit.ly/2IT7Hx1>

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความ โดยให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บท

นำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense) วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และ บทสรุป หรือข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมี โครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วน ของ บทคัดย่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ ค้นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

3. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทนำ การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 เซนติเมตร อธิบายความสำคัญของ ปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน(ถ้ามี) และ ขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้า **ต้องมีการอ้างอิงบทความในวารสาร สคร.2อย่างน้อย 1 เรื่อง**

2. วิธีการ ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บ ข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค**

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจน เมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ

พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี่

พิมพ์หัวข้อย่อยที่นี่ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อ ในกรณีที่หัวข้อรองมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษรตัว แรกของหัวข้อย่อย ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1. ✓✓

1.1 ✓✓

1.1.1 ✓✓

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยง กับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆ เพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาชยคม ให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมึขนาด 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถ อ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำ บรรยายรวมกันแล้วควรจะมีควมยาวไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของรูปภาพ และได้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการ

ประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อไป ให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของ หมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a + b = c \quad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน 4-5 ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ใต้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวเรื่องและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน้ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน 1 หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.สรุป

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.กิตติกรรมประกาศ

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความควรตรวจสอบความอย่างรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9.รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference)ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก⁽¹⁾ หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับสอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า“et al.” (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1.การอ้างอิงวารสาร

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); ✓ เล่มที่ของวารสาร (Volume): ✓ หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในกลุ่มคนด้อยโอกาสในกรุงเทพมหานคร ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.

2. Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author) ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 24: 190-204.

1.3 บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med 2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อหนังสือ (Title of the book). ✓ ครั้งที่พิมพ์ (Edition). ✓ เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): ✓ สำนักพิมพ์ (Publisher); ✓ ปี (Year).

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้พิมพ์. ✓ ชื่อเรื่องใน. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อหนังสือ. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกริงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันดา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.
2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology-logy, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข. ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ ชื่อการประชุม; ✓ วัน เดือน ปีประชุม; ✓ สถานที่จัดประชุม. ✓ เมืองที่พิมพ์: ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์.

1. อนุพันธ์ สุขขุติกุล, งามจิตต์ จันทราธิศ, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2551; ณ โรงแรมโป๊ปทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2551.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้รายงาน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ใน: ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อการประชุม; ครั้งที่ประชุม. ✓ วันเดือนปี หรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี); สถานที่ประชุม; ✓ ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนงศักดิ์ มณีวรรณ, พงาม เดชคำธณ, นภา ชันสุภา. การใช้เอทีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน: เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.
2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for enetic Programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. Pp.182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้สนับสนุน. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ เมืองที่พิมพ์. ✓ หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน. ✓ ปีที่พิมพ์. ✓ เลขที่
รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยการพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบ
สาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays.
Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and
Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5. วิทยานิพนธ์

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้สนับสนุน. ✓ ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ✓ ภาควิชา คณะ. ✓ เมือง: มหาวิทยาลัย. ✓ ปีที่ได้
ปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4
โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต).
ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care:
the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้เขียน. ✓ ชื่อเรื่อง. ✓ ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือนปีที่พิมพ์. ✓ ส่วนที่ : ✓ เลขหน้า (เลข
คอลัมน์).

1. เพลิงมรกด. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).
2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The
Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจา
นุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 555.
2. Stedman's medical dictionary. 26thed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปี พิมพ์ ✓
[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://.....

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from:
[http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717](http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717)
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้ค้นพบให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from:
URL: <http://rarediseases.org/>

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal)
✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ✓ ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://.....

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
2. วันดี สันติวุฒิเมธี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]; 188-9 เข้าถึงได้จาก: <http://www.sarakadee.com/feature/2000/10/doctor.htm>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

กมลฉัตร สุขแสน ส.ม.¹

อัจฉรา จินวงษ์ ScEd.D.²

อนวัช ภูทองนาถ ส.ค.³

1. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

2. Curtin University

3. มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ(Received), 22 กันยายน 2023 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 13 ตุลาคม 2023

วันตอบรับบทความ(Accepted), 16 ตุลาคม 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ประชากรคือผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 62,252 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ อรุณ จิรวัฒน์กุล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิธีวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.0 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($OR_{adj} = 2.55, 95\% CI = 1.08-5.99$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ถูกต้องเหมาะสม และโรคระบาดอื่นที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19), ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Factor Influencing Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Behaviors among Elderly Udon Thani Province

Kamonchat Suksan M.P.H.¹

Achara Jinvong²

Anawat Phutongnak Dr.P.H.³

1. Udon Thani Rajabhat University, Thailand

2. Curtin University, Australia

3. Khon Kaen University, Thailand

Abstract

This study was a cross sectional analytical research aimed to study factor Influencing coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention behaviors among elderly Udon Thani province. Population size was 62,252 persons and a sample size of 200 persons was calculated the sample size of a known population using a formula. The research instruments were the questionnaires. The statistics used were frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum and multiple logistic regression analysis (point estimates with 95% CI, p-value <0.05). The findings revealed that the samples had a high level of health literacy for 86.0% and had a high level of coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention behaviors for 77.5%. Factor Influencing coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention behavior was health literacy ($OR_{adj} = 2.55$, 95% CI=1.08-5.99). This study suggested stakeholders should be have a developing health literacy with elderly for good prevention behaviors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other diseases for any future pandemic.

Keywords: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention behaviors, Elderly, Health literacy

1. บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ภายในประเทศโดยให้ทุกจังหวัดควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการป่วยตาย โดยให้ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-V ซึ่งได้แก่ D ย่อมาจาก Distancing คือการเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เพราะละอองฝอยจากการพูด ไอ จาม จะพุ่งมากในระยะ 1-2 เมตร M ย่อมาจาก Mask Wearing คือการสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยเพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย โดยประชาชนทั่วไปสามารถสวมหน้ากากผ้าได้ตลอด เพราะยิ่งซักบ่อยก็จะมีประสิทธิภาพในการกรองเชื้อที่ดี H ย่อมาจาก Hand Washing คือการหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์มาเช็ด เพราะมีโอกาส ที่เราจะนำมาสัมผัสใบหน้าโดยไม่รู้ตัวได้ T ย่อมาจาก Temperature คือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มีประวัติ ไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) และ V ย่อมาจาก Vaccination คือ การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จนกระทั่งในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศยกเลิกไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จากการเป็นโรคติดต่ออันตรายและกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ถึงแม้จะมีการผ่อนคลามาตรการต่าง ๆ แต่ประชาชนก็ยังคงมารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อีกทั้งยังต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ซึ่งจะช่วยทำให้ประชาชนสามารถรับมือกับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการระบาดอยู่ในประเทศได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น⁽¹⁾

จังหวัดอุดรธานีมีประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 จำนวน 239,935 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 18.67 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.61 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในอนาคต จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของจังหวัดอุดรธานีในปี 2565 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) สะสมตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2565 จำนวน 32,293 ราย ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จำนวน 567 ราย จากการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการมองเห็น การได้ยิน และความจำเสื่อม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้ยินเสียง อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ทำให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่มีข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่หลากหลายในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่เหมาะสมตามมาตรการ D-M-H-T-V ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สูงอายุบางคนไม่

สวมหน้ากากอนามัยเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่ได้เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงหรือออกจากบ้าน การไม่รักษาความสะอาดโดยการหมั่นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เนื่องจากไม่มีลูกหลานคอยดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้อง หรือผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียวไม่มีคนคอยแนะนำ หรือแม้กระทั่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิเสธการรับวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เนื่องจากการรับข้อมูลข่าวสารสื่อสารกันคนละภาษาทำให้ไม่เข้าใจความหมายกับผู้ที่ให้บริการสุขภาพ จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพอีกด้วย ซึ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จากการศึกษาของ Keitshokil และคณะ⁽²⁾ และ วาสนา สิทธิกัน⁽³⁾ พบว่า การสื่อสารภาษาเดียวกันของผู้รับบริการกับผู้ให้บริการสุขภาพ ส่งผลต่อระดับความรู้ทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรู้รอบด้านสุขภาพไว้ในข้อ 1 ระบุถึงประชาชน ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้นส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคได้ลดลง⁽⁴⁾

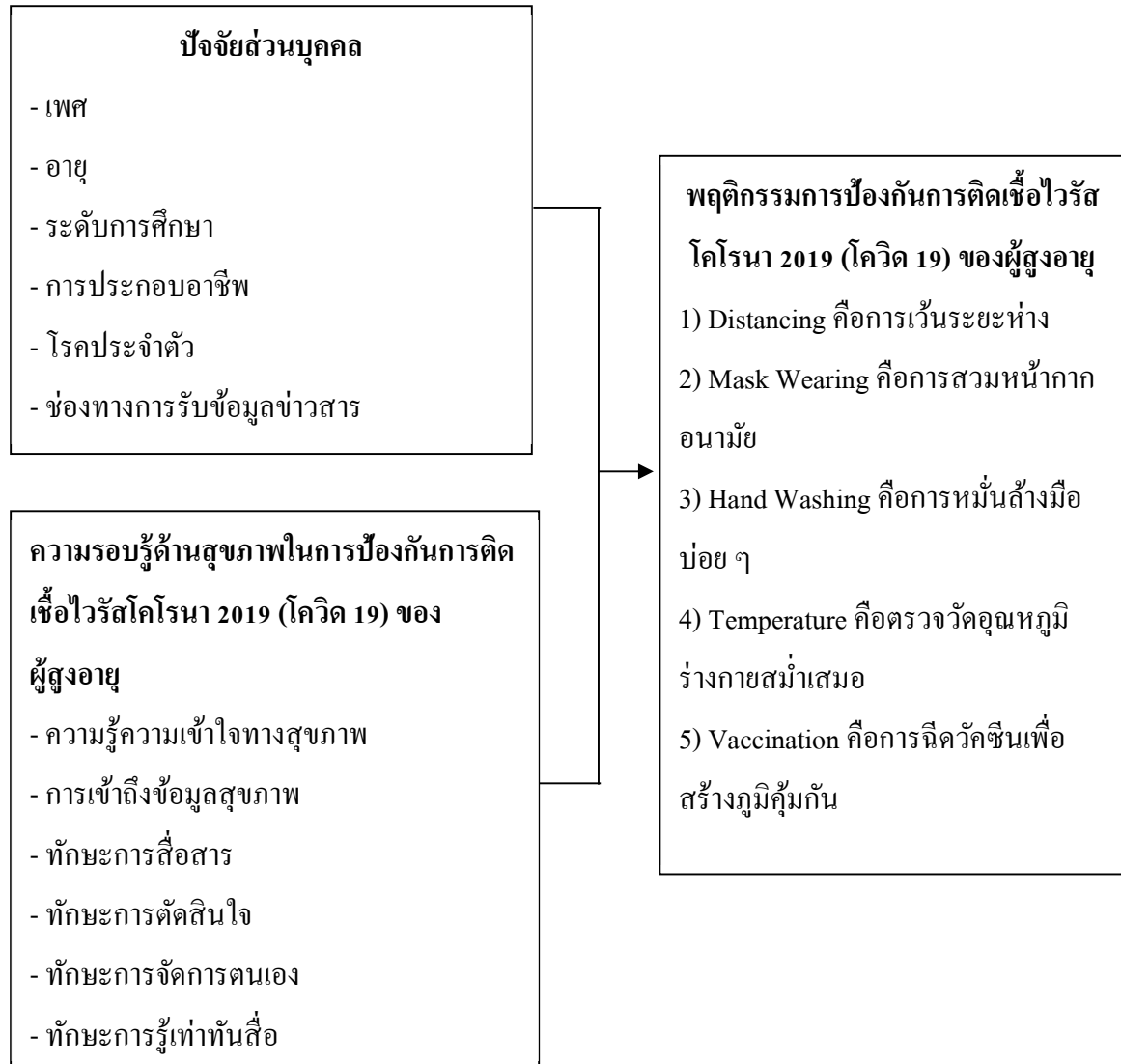
ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี สุขภาพกายดีสุขภาพจิตดี ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางและเป็นประโยชน์สำหรับนำไปวางแผนควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ศึกษา มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีจำนวน 62,252 คน⁽⁵⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่ทราบจำนวนประชากรของ อรุณ จิรวัดณ์กุล⁶ ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 200 ตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จำแนกประชากรผู้สูงอายุของแต่ละตำบลในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 21 ตำบล โดยเรียงลำดับจากตำบลที่มีประชากรผู้สูงอายุมากไปหาตำบลที่มีประชากรผู้สูงอายุน้อย

ขั้นตอนที่ 2 ประชากรในแต่ละตำบลมีจำนวนไม่เท่ากัน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนประชากรทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบล หลังจากนั้นใช้ การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของผู้สูงอายุในแต่ละตำบล มาสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนสุ่มตามรายชื่อของผู้สูงอายุ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ รวมทั้งสิ้น 200 ตัวอย่าง

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แบบสอบถามเป็น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับ 0.90 แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 6 ตัวแปร มีคำถาม 30 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 5) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ กองสุศึกษา (2561)⁽⁷⁾

0-60% (0-66 คะแนน)	หมายถึง	ระดับไม่ดี
60-70% (66-77 คะแนน)	หมายถึง	ระดับพอใช้
70-80% (77-88 คะแนน)	หมายถึง	ระดับดี
80-100% (88-110 คะแนน)	หมายถึง	ระดับดีมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) Distancing คือการเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร 2) Mask Wearing คือการสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย 3) Hand Washing คือการหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 4) Temperature คือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่ามิประวัติ ไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) และ 5) Vaccination คือการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom (1975)⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-60% (0-30 คะแนน)	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง
60-79% (30 -39 คะแนน)	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับพอใช้
80-100% (39-50 คะแนน)	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับดี

4.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถาม แล้วคัดเลือกข้อคำถามซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.6-1.0

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ และได้ปรับแล้วไปทดลองใช้ (Try- Out) กับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพันดอน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของความเชื่อมั่น ได้ค่าไม่ต่ำกว่า 0.7 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามของการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ความความเชื่อมั่นความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 0.9 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมเท่ากับ 0.8

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งสิ้น 200 ฉบับ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 มิถุนายน 2566 รวม ระยะเวลา 30 วัน

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) และพฤติกรรมการในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) แบบขจัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination)

4.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/126

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 มีอายุเฉลี่ย 60-69 ปี ร้อยละ 69.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 33.0 ว่างาน/ไม่มีอาชีพ/ข้าราชการบำนาญร้อยละ 69.0 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค ร้อยละ 49.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพ 5-7 ช่องทาง ร้อยละ 67.0

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ร้อยละ 86.0 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 45.0 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ระดับดี ร้อยละ 42.0 ด้านทักษะการสื่อสารระดับดี ร้อยละ 43.0 ด้านทักษะการตัดสินใจระดับพอใช้ ร้อยละ 42.0 ด้านทักษะการจัดการตนเองระดับดีมาก ร้อยละ 77.5 และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อระดับดีมาก ร้อยละ 60.5

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.5 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 67.5 รองลงมา คือ หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ทั้งน้ำสบู่ หรือเจล แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ ร้อยละ 59.0 สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย ร้อยละ 56.5 ได้รับการฉีควัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ร้อยละ 28.5 และ เว้นระยะห่างกับคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร ร้อยละ 22.0

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ เป็น 2.55 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.08 ถึง 5.99) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)
ของผู้สูงอายุ ($n = 200$)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำรป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา		OR _{clude}	OR _{adj}	(95% CI)	p-value
	2019					
	ดี	พอใช้				
	(n=155)	(n=45)				
เพศ						
- ชาย	69 (71.9)	27 (28.1)			Reference	
- หญิง	86 (82.7)	18 (17.3)	1.87	1.71	0.85-3.42	0.12
อายุ						
- 60-69 ปี	107 (77.0)	32 (23.0)			Reference	
- 70 ปี ขึ้นไป	48 (78.7)	13 (21.3)	1.10	1.06	0.53-2.28	0.87
ระดับการศึกษา						
- ประถมศึกษา	38 (19.0)	9 (4.5)			Reference	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	35 (17.5)	10 (5.0)	0.82	0.53	0.17-1.66	0.28
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	30 (15.0)	12 (6.0)	0.59	0.34	0.10-1.07	0.06
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	52 (26.0)	14 (7.0)	0.88	0.68	0.23-1.93	0.47
การประกอบอาชีพ						
- ว่ำนงน/ไม่มีอาชีพ/ ข้าราชการบำนาญ	102 (73.9)	36 (26.1)			Reference	
- ประกอบอาชีพ(เกษตรกร)	53 (85.5)	9 (14.5)	0.48	0.49	0.22-1.11	0.08
โรคประจำตัว						
- ไม่มีโรคประจำตัว	9 (90.0)	1 (10.0)			Reference	
- มีโรคประจำตัว 1-2 โรค	75 (76.5)	23 (23.5)	0.36	0.31	0.04-3.01	0.32
- มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค	71 (77.2)	21 (22.8)	0.37	0.22	0.04-3.13	0.22
ช่องทางรับข้อมูลข่าวสาร						
- ต่ำกว่า 5 ช่องทาง	29 (76.3)	9 (23.7)			Reference	
- 5-7 ช่องทาง	104 (77.6)	30 (22.4)	1.07	0.98	0.35-2.71	0.98

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)
ของผู้สูงอายุ ($n = 200$) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา		OR _{clude}	OR _{adj}	(95% CI)	p-value
	2019					
	ดี	พอใช้				
	(n=155)	(n=45)				
- มากกว่า 7 ช่องทาง	22 (78.6)	6 (21.4)	1.13	1.06	0.25-4.36	0.93
ความรู้ด้านสุขภาพ						
- พอใช้	17 (60.7)	11 (39.3)			Reference	
- ดี	138 (80.2)	34 (19.8)	2.62	2.55	1.08-5.99	0.03*
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ						
- พอใช้-ปานกลาง	109 (76.2)	34 (23.8)			Reference	
- ดี	46 (80.7)	11 (19.3)	1.30	1.50	0.63-3.57	0.35
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ						
- พอใช้-ปานกลาง	109 (76.2)	34 (23.8)			Reference	
- ดี	46 (80.7)	11 (19.3)	0.86	0.61	0.26-1.45	0.26
ทักษะการสื่อสาร						
- พอใช้-ปานกลาง	32 (76.2)	10 (23.8)			Reference	
- ดี	123 (77.8)	35 (22.2)	1.09	1.10	0.45-2.67	0.83
ทักษะการตัดสินใจ						
- พอใช้-ปานกลาง	107 (76.4)	33 (23.6)			Reference	
- ดี	48 (80.0)	12 (20.0)	1.23	1.16	0.50-2.69	0.71
ทักษะการจัดการตนเอง						
พอใช้-ปานกลาง	6 (66.7)	3 (33.3)			Reference	
ดี	149 (78.0)	42 (22.0)	1.77	1.11	0.22-5.44	0.89
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						
พอใช้-ปานกลาง	37 (77.1)	11 (22.9)			Reference	
ดี	118 (77.6)	34 (22.4)	1.03	0.17	0.47-2.23	0.93

* ปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.05$

5. วิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 60-69 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า ว่างาน/ไม่มีอาชีพ/ข้าราชการบำนาญ มีโรคประจำตัว 1-2 โรค และ ได้รับข้อมูลข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพ 5-7 ช่องทาง ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี⁽⁹⁾ ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อาชีพ การศึกษา การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการสาธารณสุขสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ร้อยละ 86 และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นาริรัตน์ จิตมนตรี และวิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ (2560)⁽¹⁰⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ระบุว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ในพื้นที่อย่างทั่วถึง เช่น การมีหมอครอบครัวในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มี อสม. ประจำชุมชนในการเป็นตัวช่วยส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพ และ รวมถึงการมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งในชุมชน จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการให้คำแนะนำด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อานนท์ สังขะพงษ์, ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร สันธุพรหม และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁽¹²⁾ ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับดี ร้อยละ 77.5 เนื่องมาจากผลการวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วีระ กองสนั่น และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁽¹³⁾ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบล

หนองใหญ่ อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น ถ้าระดับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มีโอกาสเพิ่มขึ้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้นไปด้วย

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ เป็น 2.55 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนัญญา ผลบุญ, ชีรศักดิ์ พาจันทร์ และ ลำพึง วอนอก⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอยุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.51 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

6. บทสรุป

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีโอกาสเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพราะจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ดีไปด้วย

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีทุกท่านที่ให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งในการศึกษา และข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัย พี่น้องในครอบครัวและเครือญาติ ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จ คอยสนับสนุนให้กำลังใจมาโดยตลอดในการดำเนินงานวิจัยนี้จนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี

8. เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของเชื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. 256 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www3.dmsc.moph.go.th/>.
2. Keitshokil et al. HIV/AIDS education, prevention and control course (BNS101): the way forward. [Internet]. 2016 [cited 2022 November 10]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17991596/>.
3. วาสนา สิทธิกัน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโสม. อำเภอบ้านโสม จังหวัดลำพูน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1531/1/F432994.pdf>.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ สัณฐานคนไทย และ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน มกราคม 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. Aging Survey Udonthani: ผู้สูงอายุจำแนกตามเพศและช่วงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://aging.udpho.org/p_rep1.php.
6. อรุณ จิรวัดนุกูล. ชีวิตสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
7. กองสุศึกษา. เครื่องมือสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ (Health Literacy Toolkit). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://hed.go.th/linkHed/389>.
8. Bloom BS, editor. Taxonomy of Education. New York: David McKay; 1975.
9. นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2562; 12(1): 38-48.
10. ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และวิราพรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560; 29(1): 36-50.
11. อานนท์ สังขะพงษ์, ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(2): 55-62.

12. จิราพร สินธุพรหม และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไ้เรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลเนินมะกอก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคสคร.2 พิษณุโลก. 2566; 10(2): 81-93.
13. วีระ กองสนั่น และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(1): 35-44.
14. มนัญญา ผลภิญโญ, ชีรศักดิ์ พาจันท์ และ ลำพึง วอนอก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระสงฆ์และสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566; 17(3): 827-841.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

ชนกนันท์ ฝากมิตร ส.ม.¹

ดวงพร พิกุลทอง ส.ม.²

อดิเทพ คารดาบ ส.ม.³

1. คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

3. คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ(Received), 14 พฤศจิกายน 2566

วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 13 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 12 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 364 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.11) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ ($\beta = -0.14$) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.39$) การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.13$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.16$) ตามลำดับ รวมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 26.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

**Factors affecting self-care behavior of elderly people
with high blood pressure in Den Chai District, Phrae Province.**

Chanoknun Fakmit M.P.H.¹

Tuangphorn Phikulthong M.P.H.²

Adithep Daradas M.P.H.³

1. Faculty of Allied Health Sciences, Northern College 2. School of public health, University of Phayao

3. Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University

Abstract

This research is cross-sectional research. to study factors affecting the self-care behavior of elderly hypertensive patients. In Den Chai District, Phrae Province, a sample of 364. Sampling was selected using multi-stage random sampling. Data were collected using questionnaires. Data analysis using frequency, percentage, mean, and standard deviation. and multiple stepwise regression analysis. The research results found that Most of the sample group's self-care behavior among patients with high blood pressure was at a moderate level (68.11%). As for the factors that significantly affected the self-care behavior of elderly patients with high blood pressure, statistically significant at the 0.05 level were occupation ($\beta = -0.149$), knowledge about high blood pressure ($\beta = 0.395$), perceived barriers to having high blood pressure ($\beta = 0.135$), social support ($\beta = 0.166$) respectively, together they predicted 26.1 percent, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Self-care behavior, Hypertension, Elderly people

1.บทนำ

สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า ความชุกของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากประมาณ 10 ล้านคนในปี 2552 เป็นประมาณ 13 ล้านคนในปี 2557 และในขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากประมาณ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นประมาณ 6 ล้านคนในปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5,186 คนในปี 2556 เป็น 8,525 คนในปี 2560 ⁽¹⁾ มีการประเมินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพบว่า ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน โรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ปลา ร้า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เครื่องดื่มเกลือแร่ การสูบบุหรี่ การขาดออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอ้วน การมีภาวะเครียดสะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบกับอายุที่มากขึ้น รวมถึงการมีพ่อ แม่ หรือญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากขึ้น ⁽²⁾

จากการสำรวจสถานการณ์ผู้โรคความดันโลหิตในจังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 74,559, 77,691 และ 78,888 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 23,235, 78, 24,199.03 และ 24,452.29 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 25.19, 3,21.12 และ 12.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงในแต่ละปี ⁽³⁾

จากการรายงานสถานการณ์ของผู้สูงอายุผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดแพร่ พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในปีพ.ศ.2563- 2565 2564 เท่ากับ 46,914, 49,861, และ 52,354 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ เท่ากับ 51,573.68, 52,550.53, และ 52,257.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ เท่ากับ 2,000, 1,779, 1,039 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ เท่ากับ 31.43, 26.07, 14.71 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จากการคัดกรองโรคความดันโลหิต เท่ากับ 5,111, 4,751, 4,393 คน ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในแต่ละปี ส่วนอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุเท่ากับ 108, 195, 134 ต่อแสนประชากร ⁽³⁾

ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและมีความดันโลหิตสูงอยู่นาน ๆ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ 3 เท่า เกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า เกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกได้มากกว่าปกติ 7 เท่า และเกิด

ภาวะไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 10-15 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และวิตกกังวล เนื่องจากการต้องเผชิญกับอาการ โรคและผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิต ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอาจส่งผลให้บทบาทในครอบครัวลดลง รายได้ของครอบครัวที่ลดลงเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา⁽⁴⁾

จากการทบทวนทฤษฎี PRECEDE Model พบว่า เป็นแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย โดยปัจจัยนำ ปัจจัยนำเป็นพื้นฐานที่ในการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่สนับสนุน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม โดยพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เป็นปัจจัยด้านส่วนบุคคล และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีการเสริมหรือแรงกระตุ้น ให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ โดยจะเป็นในเรื่องการยอม หรือไม่ยอมรับกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PRECEDE Model เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการหาปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในทางบวกและทางลบ ผลการศึกษาครั้งนี้จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพในการวางแผนจัดบริการสุขภาพภาคประชาชนครั้งต่อไป

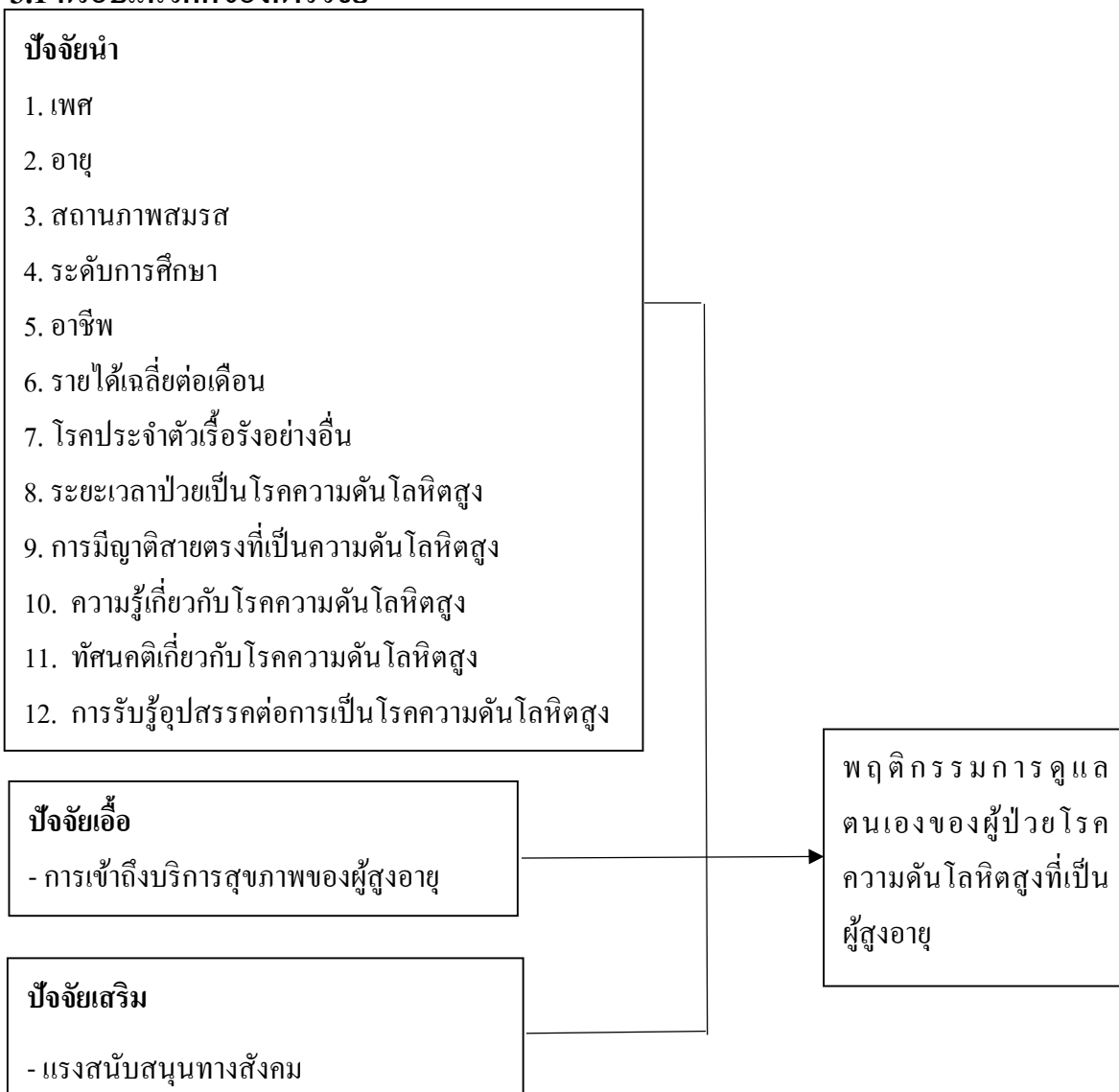
2.วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

3.วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

3.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย



3.2 ประการและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นประวัติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ในปีพ.ศ. 2565 จำนวน 6,979 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณของ ⁽⁵⁾ ตามสูตร

$$n = \frac{(6,979)(1.96)^2 \times (0.5)(0.5)}{(6,979)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 364 ราย

คุณสมบัติในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในจังหวัดแพร่
2. พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกและเขียนได้
3. เป็นผู้สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยยินดีให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา
4. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

คุณสมบัติในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นไตหายเรื้อรัง ระยะที่ 5

การสุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. จากขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน นำมากำหนดตัวอย่างในแต่ละตำบลในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยใช้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ทั้งหมด 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลเด่นชัย ตำบลแม่จัน ตำบลไทรย้อย ตำบลห้วยไร่ และตำบลปงป่าห้วย

2. นำรายชื่อที่สุ่มได้มาจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีการถูกคัดออกและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่มาแทนจำนวนที่คัดออกโดยจะมีวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ตามทะเบียนรายชื่อผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เหลือจากการสุ่มครั้งแรก

3. คัดเลือกประชาชนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทะเบียนรายชื่อและทำการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) และได้ช่วงเท่ากับ 19

3.3 เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี และรายงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวเรื้อรังอย่างอื่น ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การมีญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบสมรรถภาพ และเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามตอบถูกหรือผิด แต่ละคำถามที่สร้างขึ้นจะมีลักษณะ ข้อความของคำถามทั้งทางบวก และทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ใช้เกณฑ์การประเมินผลของBloom⁽⁶⁾ แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (คะแนน 12.67 ขึ้นไป) ระดับกลาง (คะแนน 6.34 – 12.66) ระดับต่ำ (คะแนน 0 - 6.33) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แบบคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.851

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย ใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระดับต่ำ (คะแนน1.00 – 1.66) ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (คะแนน1.67 – 2.33) ทัศนคติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงระดับสูง (2.34 – 3.00) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.875

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย ใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ (คะแนน1.00 – 1.66) การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (คะแนน1.67 – 2.33) การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง (2.34 – 3.00) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.953

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะทางสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย ใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ (คะแนน1.00 – 1.66) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (คะแนน1.67 – 2.33) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง (2.34 – 3.00) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.992

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้รับเป็นประจำ ได้รับเป็นบางครั้ง และไม่ได้รับ ใช้เกณฑ์การประเมินผลของBest⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ (คะแนน1.00 – 1.66) แรงสนับสนุนทางสังคม

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (คะแนน 1.67 – 2.33) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง (2.34 – 3.00) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.883

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ใช้เกณฑ์การประเมินผลของ Best⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ (คะแนน 1.00 – 1.66) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (คะแนน 1.67 – 2.33) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง (2.34 – 3.00) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.936

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลส่วนตัว ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาพยากรณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ โดยใช้ Multiple Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4. สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.51 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 66 – 70 ปี ร้อยละ 27.21 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 70.90 อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 74.23 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 37.14 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 51.90 ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างอื่นมากที่สุด ร้อยละ 65.10 ระบุว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงระหว่าง 6–10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.50 และมีญาติสายตรงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 58.22

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.51 ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.52 ปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.42 ปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.32 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.11 รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 364)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	134 (36.82)	173 (47.51)	57 (15.71)
ทักษะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	151 (41.54)	202 (55.52)	11 (3.00)
การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	36 (9.92)	200 (54.93)	128 (35.22)
ปัจจัยเอื้อ	16 (4.41)	311 (85.42)	37 (10.24)
ปัจจัยเสริม	119 (32.72)	223 (61.32)	22 (6.01)
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	47 (12.94)	248 (68.11)	69 (19.01)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 เมื่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น 0.32 (B = 0.32) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น 0.16 ($B = 0.16$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่ม 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น 0.122 ($B = 0.12$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 อาชีพ ซึ่งมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่ออาชีพเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะลด - 0.050 ($B = - 0.050$) ทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 26.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n=364$)

ตัวแปรทำนาย	B	Beta	T	P-value
อาชีพ	- 0.05	-0.14	-3.27	< 0.001**
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.32	0.39	8.35	0.000
การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.12	0.13	2.98	0.003
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.16	0.16	3.50	< 0.001
Constant (a) = 0.797, R square = 0.261, Adjusted R square = 0.253, F = 8.882, P-value = 0.001				

สมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 + x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพ

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสังคม

x_1 = อาชีพ

x_2 = ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

x_3 = การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

x_4 = แรงสนับสนุนทางสังคม

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ = $0.79 + -0.05$ (อาชีพ) + 0.32 (ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง) + 0.12 (การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง) + 0.16 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

5. อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ได้ร้อยละ 26.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.1 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 5. ทานดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อย 6-8 แก้ว ($\bar{X} = 2.57$ S.D. 0.53) รองลงมาคือข้อที่ 6. ทานรับประทานผักและผลไม้ ($\bar{X} = 2.52$ S.D. 0.55) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดื่มน้ำที่สะอาดอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวันสามารถช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น และยังช่วยร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้ลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้อง หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การรับประทานผักและผลไม้ยังช่วยลดความดันโลหิตสูงหาก

รับประทานยังพอประมาณ และทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรคภัย ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.80⁽⁸⁾ สอดคล้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.18⁽¹⁰⁾

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุในอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ดังนี้

1. อาชีพ มีผลทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า การมีอาชีพหรือมีงานทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง จึงทำให้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีผลบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า การมีความรู้ความเข้าใจที่ดีต่อเรื่องใด มักจะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเมืองเบงกอล ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ความรู้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾

3. การรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลเชิงบวกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าเพราะการกระตุ้นผู้ป่วยโดยตรงโดยการปรับระดับความคาดหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทางอ้อมโดยส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคและระดับความมุ่งมั่นที่จำเป็นในการนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาใช้หากผู้สูงอายุมั่นใจได้ว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ และความสามารถของตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่แนะนำนั้นเพียงพอแล้วความน่าจะเป็นในการแสดงพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความสามารถ ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเมืองเบงกอล ประเทศอินโดนีเซีย พบว่าการรับรู้อุปสรรคส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾

4. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงในการเกิดโรครวมถึงในการดำเนินชีวิตประจำวันเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย รวมถึงได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และคนใกล้ชิดจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านท่าช้างเหล็ก หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเรื่องโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยง ในอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าปัจจัยที่

สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 68.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽¹⁷⁾

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษาถึงข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ต้องการหาความสัมพันธ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ในแง่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมุ่งเน้นที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่หากการศึกษานี้มีข้อค้นพบใหม่

จากการศึกษาด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างตามรายข้อคำถาม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 1.59 คือท่านรับประทานขนม น้ำหวาน น้ำอัดลม ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีการรับประทานขนม น้ำหวาน และน้ำอัดลมอยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ไขมันอีกด้วย ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานก่อนจะมีการพิจารณาคัดเลือกการรับประทานขนม น้ำหวาน และน้ำอัดลมอย่างต่อเนื่องให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอีกทั้งขอบเขตการศึกษาของผู้วิจัยเองก็ศึกษาที่เน้นประสิทธิผล ด้านร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านอารมณ์ และจิตใจ จึงอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาให้ ครอบคลุมปัจจัยสมรรถนะทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนและหลังมีพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมให้ความรู้ และการรับรู้อุปสรรคต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เหมาะสม และชัดเจนเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจและร่วมทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ควรสนับสนุนอุปกรณ์ และสร้างสถานที่ออกกำลังกายเฉพาะให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อเป็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยในการส่งเสริมพฤติกรรมและสร้างกลยุทธ์เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ และการรักษาสมรรถนะของร่างกายในอนาคต
2. ควรศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้วัยรุ่น เป็นต้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่จะเริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพ ระบบการเผาผลาญพลังงานลดลง และขาดการดูแลตนเอง จึงควรเป็นช่วงวัยที่ต้องได้รับการสนับสนุนเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองให้มากขึ้นเพื่อระบบสุขภาพที่ดี
3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยผสมผสานเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาจจะนอกเหนือจากการวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐวิภรณ์ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศ, สราญรัตน์ ลัทธิ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/document/hot..>, 2562.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?gid=18&id=13507>. 2562
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. [อินเทอร์เน็ต] [สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. 2562
4. สิดาพร ฤงคำ, ชุติกร ดำนุทธศิลป์, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 2562; 13(3); 1-15.
5. อุไรพร คล้าณิม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น ใน จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี; 2554.
6. Bloom, Benjamin S., et al. Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company. 1971
7. Best, J. Research in education. New Jersey: Prentice Hall. 1977.

8. ครุณี ยศพล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขต เทศบาล ตำบลรัษฎา อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเกริก, กรุงเทพฯ; 2560
9. อมรรัตน์ ลื่อนาม. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสาร มจร วิชาการ. 2562; 23(1): 93-106
10. แจ่มจันทร์ ทองลาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564; 36(2): 82-90.
11. Giena, V. P., Thongpat, S., & Nitirat, P. (2018). Predictors of health-promoting behavior among older adults with hypertension in Indonesia. International Journal of Nursing Sciences. 2018; 5: 201-205.
12. จิราวรรณ เจนจบ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร: กรณีศึกษาเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก; 2559.
13. วานิช สุขสถาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2561; 4(3): 431-441.
14. มนพัทธอาร์มภัก วิโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านท่าช้างเหล็ก หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2: การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และ ยั่งยืน; 26-27กรกฎาคม 2560. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี: หน้า26-27.
15. ดวงพร พิกุลทอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยง ในอำเภอลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร]. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก; 2564.
16. กรวิกา พรหมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, ลิดานันท์ จันทรโต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564; 32(2): 233-246.
17. ทิพย์สุนันท์ ศรีลาธรรม, สุรีย์ จันทรโมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564; 6(12): 425-438.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อ โรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตพื้นที่ตำบลลอ อำเภอลอน จังหวัดพะเยา

ว่าที่ร้อยตรีหญิงรศกมล บุญเดิม¹ ส.ม.

ทวีวรรณ ศรีสุขคำ²

1. นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. รองศาสตราจารย์ ดร.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับบทความ (Received), 7 มกราคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 26 มกราคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted), 31 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในพื้นที่ตำบลลอ อำเภอลอน จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 276 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 – 30 มิถุนายน 2566. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Enter

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 มีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี. ร้อยละ 73.60% มีอาการหลงเหลือ อาการเมื่อยล้าพบมากที่สุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Beta =0.288) ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค (Beta=0.177) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta =0.241) ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Beta =-0.118) และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta =0.229 ตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ ร้อยละ 57.60. ผลที่ได้ควรนำไปประยุกต์ในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในพื้นที่ศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อ, ไวรัสโคโรนา 2019

Factors Influencing Health Promotion Behavior of Patients After COVID-19 in Lor Sub-District, Chun District, Phayao Province

Rotkamon Buntoem¹ M.P.H.

Taweewun Srisookkhum²

1. Master of Public Health, University of Phayao

2. Associate Prof. Dr., of Public Health, University of Phayao

Abstract

The purpose of this cross-sectional survey is to identify the determinants that influence the health promotion behavior of patients in the Lo Subdistrict of the Chun District in Phayao Province who have been infected with COVID-19. Applying a multistage sampling technique, the sample group comprised 276 patients who were exposed to COVID-19. Questionnaires were employed as the research instruments during the period spanning from April 1, 2023, to June 30, 2023. Descriptive and multiple regression statistics were employed in the data analysis, utilizing the Enter method.

The study's findings revealed that 69.20% of the sample consisted of females, with an average age of 51.80 years. 73.60% had longCOVID-19, with fatigue being the prevailing manifestation. There were statistically significant influences on patients' health promotion behavior following COVID-19 infection, including health literacy (Beta = 0.288), perceived barrier to action (Beta = 0.177), perceived self-efficacy (Beta = 0.241), and activity-related affect (Beta = -0.118) and interpersonal influences (Beta = 0.229), the combined effect of these variables may predict 57.60% of the health promotion behaviors exhibited by patients following COVID-19 infection. The findings should inform the development of a health promotion program for patients in the area under investigation who have contracted COVID-19.

Keyword: health promotion behavior, health literacy, health promotion model, long COVID-19

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัส พบการติดเชื้อครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เดือนธันวาคมปี 2019 การแพร่ระบาดนั้นสามารถกระจายคนสู่คนผ่านระบบทางเดินหายใจ ไอ จาม การสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่มีละอองฝอย⁽¹⁾ และยังพบอีกว่าความรุนแรงของโรคเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง และยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากรายงานพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก จำนวน 581,831,612 ราย เสียชีวิตจำนวน 6,413,423 ราย⁽¹⁾ จากการรายงานสถานการณ์ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 67192.12 ต่อล้านประชากร (ข้อมูลได้ ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565) และพบจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 469.26 ต่อล้านประชากร⁽²⁾ และยังพบอีกว่า อัตราการป่วยตายด้วยโรคโควิด-19 ในเขตภาคกลางมีอัตราการป่วยตาย ร้อยละ 0.93 เป็นอันดับหนึ่งของประเทศ รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 0.87 (ข้อมูลได้ ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565)⁽²⁾ จังหวัดพะเยามีอัตราการป่วยตายเป็นอันดับต้น ๆ ของเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 0.74⁽²⁾ จากการรายงานการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ศูนย์ปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขฉุกเฉินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตรายแรกของจังหวัดพะเยา อาศัยอยู่ตำบลลอ อำเภอนาน้อย จังหวัดพะเยา จึงทำให้พื้นที่ในตำบลลอ เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในการเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากยิ่งขึ้น จากอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 8,034.74 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะภูมิศาสตร์มีความสำคัญต่อความเสี่ยงเชิงพื้นที่ของการเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19⁽³⁾

การติดเชื้อโควิด-19 เป็นการแพร่กระจายเชื้อเป็นวงกว้างพบผู้ติดเชื้อทั่วโลกกว่า 170 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 3.5 ล้านคน⁽¹⁾ พบอาการหลงเหลือที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-19⁽⁴⁾ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอาการที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ปวดข้อ ปวดศีรษะ การสูญเสียความทรงจำ ความวิตกกังวล⁽⁵⁾ อาการดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจ และทางร่างกาย⁽⁶⁾ การทบทวนงานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่า อุบัติการณ์ของโควิดสูงถึงร้อยละ 4.7-80 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดสามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในทุกเพศทุกวัย ผู้ป่วยที่พบอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 13 จากสถานการณ์ การติดเชื้อดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา⁽⁷⁾

สิ่งสำคัญในการจัดระบบสุขภาพ ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปัจจัยด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม⁽⁸⁾ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁹⁾ ประกอบด้วย คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ของพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำการสังเคราะห์วิจัยจำนวน 10 เรื่อง พบว่าได้ดำเนินการศึกษา⁽¹⁰⁾ในกลุ่มประชาชนก่อนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50- 59 ปี⁽¹¹⁾ กลุ่มนักศึกษา⁽¹²⁾ กลุ่มบุคลากร บุคลากรองค์การบริหารอายุระหว่าง 20-59 ปี⁽¹³⁾ กลุ่มประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁴⁾ กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย⁽¹⁵⁾ การจัดการความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล⁽¹⁶⁾ กลุ่มมารดาวัยรุ่น⁽¹⁷⁾ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น⁽¹⁸⁾ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่ายังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งในบริบทพื้นที่ของตำบลอ้อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดพะเยา และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลอ้อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดพะเยา เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาการหลงเหลือของโรค และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิควรปรับปรุงมาตรการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน ที่จะทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และสร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

จึงจำเป็นต้องสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ สำหรับงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลอ้อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดพะเยา และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลอ้อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดพะเยา เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อาการหลงเหลือของโรค และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิควรปรับปรุงมาตรการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน ที่จะทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น และสร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁹⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลอ้อ อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งหมด 518 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป n4Stodie (Wayne,1995) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างประมาณค่าความผิดพลาดที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 230 คน

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อความคาดเคลื่อนเนื่องจากเป็นวิจัยเชิงสำรวจ ดังนั้นจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 276 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multi-stage Sampling) ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลลอ ที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุดในจังหวัดพะเยา แบ่งประชากรตามลักษณะพื้นที่เป็นระดับหมู่บ้าน มีจำนวนทั้งหมด 11 หมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากได้ทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 2 หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 9 และหมู่ที่ 10 ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random Sampling) โดยนำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 4-12 สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุนและโรงพยาบาลจุน โดยทุกหมู่บ้านมีโอกาสที่จะถูกเลือกเท่าๆ กัน จับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 276 คน ได้แก่ หมู่ที่ 2 จำนวน 47 ราย, หมู่ที่ 4 จำนวน 48 ราย, หมู่ที่ 5 จำนวน 47 ราย, หมู่ที่ 7 จำนวน 65 ราย, หมู่ที่ 9 จำนวน 40 ราย, หมู่ที่ 10 จำนวน 29 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามโดยประยุกต์แบบสอบถามของ K. Sechrist , S. Walker, (Pender,2002) ลักษณะคำถามเป็น แบบ (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้บุคคลเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติภายหลังการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 การได้รับวัคซีน ลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ คำถามมีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบสอบถามของ Duong.et.al.(2019) โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ (Rating Scale) เป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด, น้อย , ปานกลาง , มาก , มากที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ น้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน โดยใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) (Likert:1961)

แบบสอบถามตอนที่ 3 ถึงตอนที่ 9 แบ่งลักษณะคำถามเป็น 5 ระดับเป็นแบบ(Rating Scale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย,ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 45 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 25 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 25 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4 และเป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 5 และ ข้อที่ 6

ตอนที่ 7 แบบสอบถามด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 25 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 8 แบบสอบถามด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 33 ข้อ คะแนนเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 33 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ (Rating Scale) เป็น 5 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินานๆครั้ง, ไม่เคยปฏิบัติเลย กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน, ปฏิบัตินานๆครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 165 คะแนน

แบบสอบถามได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขนำไปทดสอบ (Try Out) กับผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ใน ตำบลฝายกวาง อำเภอเชิงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.71 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.74 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.72 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.74 ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมเท่ากับ 0.71 ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.73 ด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ เท่ากับ 0.75 และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.71 หลังจากนั้นได้รับรองจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยา (เลขที่ UP-HEC1.2/048/66)

ตารางที่ 1 การแปลผลแบบสอบถามตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 9 ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้

ตัวแปร	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
1.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0-29	30-39	40-45
2.พฤติกรรมด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	0-26	27-35	36-45
3.พฤติกรรมด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม	0-14	15-19	20-25
4.พฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0-14	15-19	20-25

ตารางที่ 1 การแปลผลแบบสอบถามตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 9 ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด แบ่งเป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์ (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
5.พฤติกรรมด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม	0-17	18-23	24-30
6.พฤติกรรมด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล	0-14	15-19	20-25
7.พฤติกรรมด้านอิทธิพลจากสถานการณ์	0-29	30-39	40-50
8.พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	0-98	99-131	132 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติสมการถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิคแบบ Enter Multiple Regression Analysis ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่า ไม่มีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 26.40 และมีอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 73.60 ได้แก่ อาการภาวะเมื่อยล้าภายหลังทำงาน ร้อยละ 78.60

ผลการศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=276)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=276)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	30.8
หญิง	191	69.2
อายุ		
18-59 ปี	209	75.7
60 ปีขึ้นไป	67	24.3

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=276) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=276)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	139	50.4
มัธยมศึกษา	99	35.9
อนุปริญญา/ หรือเทียบเท่า	20	7.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	5.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.7
อาชีพ		
นักเรียน	5	1.8
นักศึกษา	4	1.4
รับจ้าง	68	24.6
เกษตรกร	137	49.6
รัฐวิสาหกิจ	2	0.7
รับราชการ	14	5.1
อื่นๆระบุ.....	46	16.7
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	137	49.6
โรคเบาหวาน	25	9.1
โรคความดันโลหิตสูง	49	17.8
โรคหัวใจ	4	1.4
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0	0
โรคหอบหืด	4	1.4
โรคภูมิแพ้	7	2.5

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=276) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=276)	ร้อยละ
โรคอื่นๆ ระบุ.....	50	18.1
รายได้บุคคลเฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	79	28.6
3,000 บาทขึ้นไป	197	71.4

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 เพศชายร้อยละ 30.80 มีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 85 ปี สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 50.40 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกรกรรม ร้อยละ 74.20 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 49.60 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.80 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 71.40 ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 2.90 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 97.50 และได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม มากที่สุด ร้อยละ 55.40

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดสูงสุด และการแปรผลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัย (n=276)

ระดับของปัจจัย	$\bar{X} \pm S.D.$	Min - Max	ระดับต่ำ (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ)	ระดับสูง (ร้อยละ)
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(โควิด-19)	36.59±6.91	14-50	16.70	46.70	36.6
2. ด้านการรับรู้ประโยชน์	35.33±6.18	17-45	8.30	38.0	53.60
3. ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค	16.22±4.43	5-28	34.80	42.4	22.80
4. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	18.76±3.58	8-25	10.10	45.70	44.20
5. ด้านความรู้สึกละอายที่มีต่อพฤติกรรม	2.50±3.59	10-30	20.70	56.90	22.50
6. ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล	19.43±3.59	8-25	10.50	30.10	59.40
7. ด้านอิทธิพลจากสถานการณ์	33.21±4.97	19-49	23.90	65.60	10.50

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 มีคะแนนเฉลี่ย 36.59 (S.D. = 6.91) รองลงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.60 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 16.70 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 35.33 คะแนน (S.D. = 6.18) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.22 คะแนน (S.D. = 4.43) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.76 คะแนน (S.D. = 3.58) ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 20.50 คะแนน (S.D. = 3.59) ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.43 คะแนน (S.D. = 3.59) และด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 33.21 คะแนน (S.D. = 4.97)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วย ภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19

ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-98 คะแนน)	39	14.1
ระดับปานกลาง (99-131 คะแนน)	169	61.3
ระดับสูง (132 คะแนนขึ้นไป)	38	24.6
รวม	276	100
$\bar{X} = 117.65, S.D. = 18.30$		

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 มีคะแนนเฉลี่ย 117.65 (S.D. = 18.30) รองลงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.6 และน้อยที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	P-value
ด้านความรู้ด้านสุขภาพ	0.425	0.79	0.288	5.366**	<0.001
ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค	0.265	0.070	0.177	3.783**	<0.001
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.482	0.120	0.241	4.005**	<0.001
ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม	-0.28	0.12	-0.118	-2.410*	<0.05
ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล	0.464	0.126	0.229	3.669**	<0.001
Constant = 2.506, $R^2 = 0.576$, $F = 23.578$ p-value < .001					

ผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งหมด 15 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัวรายได้ ประวัติหลังการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 การได้รับวัคซีนโควิด-19 ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านความรู้สึก ที่มีต่อพฤติกรรม ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple Linear Regression Analysis พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด - 19 ได้แก่ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด - 19 ได้ถึงร้อยละ 57.60 ดังตารางที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (69.20%) มีอายุเฉลี่ย 51.80 ปี เมื่อพิจารณาประวัติหลังการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากมีอาการหลงเหลือ (73.60%) พบมากที่สุดเป็นอาการเมื่อยล้าภายหลังทำงาน (78.60%) และพบน้อยที่สุดเป็นอาการได้รับกลิ่นผิดปกติ (1.80%)

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (61.30%) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง มีการศึกษาระดับประถมศึกษา การมีความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ไม่ถูกต้อง หรือถูกต้องเป็นบางส่วน สอดคล้องกับ

การศึกษาของคลนกา ไชยสมบัติ และ, 2562 พบว่า ร้อยละ 33.20 ในตัวแปรเพศหญิง ระดับความรู้ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี ปัจจัยเอื้อ(การเข้าถึงสถานบริการ, ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจาก (ครอบครัว, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, แหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ) ที่ร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาของผู้ป่วยภายหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งให้เห็นชัดเจนว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังจำหน่ายจากการรักษาในระยะ 3 เดือนแรก (Qu G และคณะ, 2021) และผลการศึกษาปัจจัยด้านการเลือกตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านความรู้สึที่มีต่อพฤติกรรม ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ ที่ร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ ถึงร้อยละ 57.60 ดังนี้

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในตำบลลอ อำเภोजุน จังหวัดพะเยา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ($Beta = 0.282$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ สอนอาจ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติส่งผลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน และแนวคิดทฤษฎีของแบนคูรา⁽²¹⁾ ที่พบว่า บุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติทักษะ ความรู้ และความสามารถที่จะจัดการปัญหาได้ โดยต้องอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคล การประเมินตนเองจากผู้อื่น การได้รับการสนับสนุน รวมถึงสภาวะร่างกายที่สมบูรณ์ต่อการจัดการปัญหาสุขภาพ

ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ($Bata = 0.181$) ทำนายได้ทั้งนี้เพราะการรับรู้ถึงอุปสรรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการติดเชื้อ มาตรการที่ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในชุมชน การเข้ารับวัคซีนโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Van den Broucke S⁽²²⁾ ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคล และการจัดการกับโรคโควิด-19 ที่เผชิญอยู่เพื่อที่จะช่วยป้องกัน แก้ไขปัญหา รวมทั้งผลกระทบที่ก่อจนทำให้ประชาชนสามารถควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการสนับสนุนให้ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เหล่านี้ ได้รับผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจลดลง

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ($Beta = 0.181$) ซึ่ง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ สามารถเข้าใจ และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในการสร้างเสริม สุขภาพพอสมควร เช่น การรับวัคซีนโควิด-19 (97.5%) การสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น จึงทำให้มี การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา ของจริยา ทรัพย์เรือง และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ จึงทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้

ด้านความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ($Beta = -0.108$)ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้สึกทางลบ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือทัศนคติทางลบ เช่น การไม่รับวัคซีน โรคโควิด-19 (2.9%) การกักตัวทำให้ขาดรายได้ในครอบครัว และการแยกกักตัวออกจากครอบครัว หรือบ้านของตนเองทำให้รู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล เป็นต้น การศึกษาได้สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของศิริวัลย์ เหรา และคณะ⁽²³⁾พบว่า ถ้ามีความรู้สึกเห็นค่าในตัวเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ($Beta = 0.215$)อธิบายได้ว่าอิทธิพล ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง พื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเขตชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง และเกษตรกร (74.2%) คนในชุมชนมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ลักษณะการอยู่อาศัยมีทั้งที่เป็นครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวใหญ่ ในระดับหมู่บ้านมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยดูแลอย่างใกล้ชิด หรือให้คำแนะนำ รวมทั้งมีหน่วยบริการด้าน สาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านคอยให้บริการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้น หรือมี แรงจูงใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 และสามารถที่จะ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Padam Simkha⁽²⁴⁾ ที่กล่าวถึงบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด- 19 ซึ่งให้ความสำคัญของการได้รับสนับสนุนองค์กรต่างๆ และชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการเพิ่มศักยภาพชุมชน การให้ความรู้แก่ประชาชน กระตุ้นให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และของผู้อื่น เพื่อลดการแพร่กระจายของโควิด-19 แต่ยักรวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่จะช่วยสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สาเหตุเพราะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คอยดูแลอย่างใกล้ชิด หรือให้คำแนะนำ รวมทั้งมีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านคอย

ให้บริการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้น หรือมีแรงจูงใจในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 และสามารถที่จะปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สม่าเสมอ

ด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ ทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Beta = 0.114$) ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้สถานการณ์ และสามารถเลือกปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปาน กลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีการปรับเปลี่ยนตนเองตามการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม หรือการทำงานโดยยึดหลักมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 รวมถึงกลุ่มอย่างสามารถคัดกรอง หรือ ประเมินตนเองเบื้องต้น โดยการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง (Antigen Test Kit :ATK) ได้ สะดวก และง่ายขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงานนุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ⁽²⁵⁾ พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ไม่ส่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สถานการณ์ และสามารถเลือกปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีการปรับเปลี่ยนตนเองตามการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม หรือการทำงานโดยยึดหลักมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 รวมถึงกลุ่มอย่างสามารถคัดกรอง หรือประเมินตนเองเบื้องต้น โดยการใช้ชุดตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง (Antigen Test Kit :ATK) ได้สะดวก และง่ายขึ้น

สรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 การสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการดำเนินการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทุกองค์ประกอบและควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับบริบทของพื้นที่ เช่น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือเครือข่ายสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.who.int/>
2. กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต].2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard//>
3. วิชญ์ จอมวิญญูณั, ศรียา อินทสิน, ลภัสรดา อุ่เจริญ. ภูมิศาสตร์กับการระบาดของโควิด 19 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.2565; 10(1): 1-14.
4. จารุวรรณ รุ่งเรืองและทวิวรรณ ศรีสุขคำ. อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการจัดการตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดเชื้อโควิด-19 อำเภอวานรนิวาส จังหวัดน่าน.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566; 21(1) :37-51.
5. Aiyegbusi, O. L., Hughes, S. E., Turner, G., Rivera, S. C., McMullan, C., Chandan, J. S., . . . Calvert., M. J. (2021). Symptoms, complication and management of long COVID: A review. Journal of Royal Society of Medicine, 114(9), 428-442. doi: 10.1177/01410768211032850
6. Jacobs J, Kühne V, Lunguya O, Affolabi D, Hardy L, Vandenberg O. Implementing COVID-19 (SARS-CoV-2) Rapid Diagnostic Tests in Sub-Saharan Africa: A Review. Front Med (Lausanne). 2020 Oct 30;7:557797. doi: 10.3389/fmed.2020.557797. PMID: 33195307; PMCID: PMC7662157.
7. สาวิตตรี เด็กคำและทวิวรรณศรีสุขคำ.อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19ในตำบลครึ่งอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรคสคร.2 พิษณุโลก. 2566; 10(2):49-66.
8. ลัดดาวัลย์ ดาราสร, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, พาณี สีตกะลิน.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยระดับองค์กรกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;7(2):132-144.
9. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(ปรับปรุง ค.ศ.2002) “Health Promotion in Nursing practice”(4th ed.).(p.60) by Pender,N.J.,Murdaugh,C.L., & Parsons,M.A.,2002, New Jersey: Prentice Hall.
10. คลนภา ไชยสมบัติ และนันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(1):135-147

11. รมย์ศรี พิศพงษ์พรรณ และอรุณี นิราศพ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนออนไลน์ รายวิชา HED 1101การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชีวิตในสถานการณ์โควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. 2565; 2(4): 257-274.
12. พรทิพย์ ชัดทรายขาว.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2565; 16(2): 173-191.
13. จริยา ทรัพย์เรือง, นุศพา วิริยรัตนกุล, พัชรินทร์ สังวาล.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม.วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2564;6(8):387-399.
14. กรวิกา พรหมจวง, เกียรติศักดิ์ แซ่อิว, สิตานันท์ จันทรโต.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2564; 32(2):233-246.
15. คุณัสปรกรณ์ มัคคัปปหลานนท์,วรพนิต สุกระแพทย์,จิราภรณ์ เพียรประสิทธิ์,ปิ่นทรี พิภูลณี และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563; 31(2):127-141.
16. เจดณา แสงสว่าง,บังอร สุภวิทพัฒนา และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น.พยาบาลสาร. 2562; 46(4):59-69.
17. รัตนภรณ์ ตามเที่ยงตรง,ศิริวรรณ แสงอินทร์และวรรณิ์ เดียววิเศษ.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2560;25(1):49-60.
18. อลงกรณ์สุขเรืองกุล, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, ประทับจิต บุญสร้อย และพโรจน์ อุดสร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย.พยาบาลสาร.2560; 44(2):38-48.
19. Qu G, Zhen Q, Wang W, Fan S, Wu Q, Zhang C, Li B, Liu G, Yu Y, Li Y, Yong L, Lu B, Ding Z, Ge H, Mao Y, Chen W, Xu Q, Zhang R, Cao L, Chen S, Li H, Zhang H, Hu X, Zhang J, Wang Y, Zhang H, Liang C, Sun L, Sun Y. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. J Clin Nurs. 2021 Jun;30(11-12):1742-1750. doi: 10.1111/jocn.15733. Epub 2021 Mar 17. PMID: 33656210; PMCID: PMC8013595.
20. เบญจวรรณ สอนอาจ, นพพร จันทรนาซู, พรรณิศา เหล่าพวงศักดิ์. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University. 2565; 46(4):1-16

21. Bandura A (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory / Albert Bandura. In: Prentice-Hall Series in Social Learning Theory. Prentice-Hall.
22. Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. Health Promot Int. 2020 Apr 1;35(2):181-186. doi: 10.1093/heapro/daaa042. PMID: 32297931; PMCID: PMC7184433.
23. ศิราวัลย์ เहरา และวิจิตรา ปัญญาชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565; 32(3): 80-93.
24. Padam Simkhada, Preeti Mahato, Pasang Tamang, Edwin van Teijlingen, and Prakash Shahi. The Role of Health Promotion during the COVID-19 Pandemic .November 2020 Journal of Health Promotion 8:1-4 DOI:10.3126/jhp.v8i0.32964
25. บุญประจักษ์ จันทรวิน และวัลลภา ดิษสระ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงานจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2560; 11(3):1-9

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วารางคณา วสุรัตน์, ป.พย.

โรงพยาบาลสุโขทัย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วันที่รับบทความ (Received), 19 ธันวาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 13 กุมภาพันธ์ 2567

วันตอบรับบทความ (Accepted), 14 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้พื้นที่ 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านกล้วยเป็นกลุ่มทดลองและตำบลปากแคว เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ตามปกติของหน่วยบริการ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.62 ปี (S.D.= 2.90) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 14,301.53 บาท ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรมพบกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.80 หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.93 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 30.26 (S.D.=2.14) สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .01$ จากผลการวิจัยโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรค, ผู้สูงอายุ

The effect of stroke preventive program among the elderly in Muang district, Sukhothai province

Warangkhan Wasurat, Dip in N.EQU BN.

Sukhothai Hospital, Mueang District, Sukhothai Province

Abstract

The quasi-experiment research, pretest-posttest control group design was aimed to study the effect of stroke preventive program among the elderly in Muang district, Sukhothai province. The experimental group was simple randomly selected from Bankuay subdistrict, while the control group was recruit from Pakkwai subdistrict. The experimental group had acquired the stroke preventive program for 12 weeks, whereas the control group was served routine program from health office. Data collected by questionnaire, was analyzed by descriptive statistics, ie. , percentage, mean, and standard deviation, furthermore independent t-test and paired t-test were employed as inferential statistics. The result reveal that both experimental and control group, most of sample were female, average age was 65.62 years with standard deviation of 2.90. An average monthly income of 14,301.53 bath. Among the experimental group, mean score of knowledge was elevated from pretest of 6.80 to post test of 8.93, as well, the behavior score to prevent stroke of after experiment was significantly higher than before by 30.26 (SD=2.14). Comparison the behavior score between experimental and control group after experiment also found significantly different at $p < .01$. Conclusion, the program should be employed to change behavior among the elderly to prevent stroke.

Keywords: preventive program, Knowledge and preventive behavior, elderly

1. บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก เป็นโรคทางระบบประสาทที่บกร่องเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเป็น 2 เท่า และใน ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกจะสูงขึ้นถึง 7.8 ล้านคน โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้อาจเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทยด้วย⁽¹⁾ ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของหญิงไทยและพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ ในผู้สูงอายุเองโรคหลอดเลือดสมองก็เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของไทย⁽³⁾

สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย⁽⁴⁾ แนะนำว่าวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงควรมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาทิเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มีแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การพัฒนาความรู้และความสามารถในการประเมินอาการแสดงหรืออาการเตือนฉุกเฉินโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงหากได้รับการประเมินหรือการคัดกรองอย่างรวดเร็ว ก็จะรักษาได้ทันเวลาสามารถป้องกันความพิการ และลดการเสียชีวิตได้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกระบวนการในการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง^{(5) (6)} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker and Maiman⁽⁷⁾ ที่ว่าถึงความเชื่อของบุคคลเกิดขึ้นจากภูมิหลัง ประสบการณ์ และพื้นฐานความรู้ของ แต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งในเรื่องการรับรู้สิ่งที่คุกคาม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ

จังหวัดสุโขทัย มีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2561 -2563 ร้อยละ 69.73 และ 97 ตามลำดับ และเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุสูงที่สุดเพิ่มขึ้นทุกปี คือปี 2561 ร้อยละ 2.00 ปี 2562 ร้อยละ 2.09 และในปี 2563 ร้อยละ 2.74 สูงกว่าภาพรวมทั้งประเทศ⁽³⁾ และจากผลการวิจัยของเสนห์ แสงเงินและคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมิทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 1.90 เท่านั้น และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.10 ผู้วิจัยจึงสนใจทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันดูแลตนเองในระยะเริ่มต้น ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองลง มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค เกี่ยวกับภาวะโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. สมมุติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง
3. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยแบ่งอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) มีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

X หมายถึง การให้โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

O₁ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

O₂ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

O3 หมายถึง ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับคำแนะนำตามปกติตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

O4 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมหลังได้รับคำแนะนำตามปกติตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁽⁹⁾ โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 $\alpha = 0.05$ power = 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 56 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุ 2) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เคลื่อนไหวร่างกายปกติ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

4.2 การสุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างตำบลในเขตอำเภอเมืองสุโขทัยทั้งหมดจำนวน 10 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้พื้นที่ 2 ตำบล คือ ตำบลบ้านกล้วยเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลปากแคว เป็นกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุ 2) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เคลื่อนไหวร่างกายปกติ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษาเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถสละเวลาตอบแบบสอบถามการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาได้

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การวัดและแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ซึ่งใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom (1971)⁽¹⁰⁾ โดยนำผลรวมของคะแนนทั้งหมดของแต่ละข้อมารวมกัน แล้วพิจารณาการแบ่งระดับความรู้จากค่าคะแนน ดังนี้

ระดับสูงสุด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (8-10 คะแนน)

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน)

ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย/ปฏิบัติมาก	3	1
เห็นด้วย/ปฏิบัติปานกลาง	2	2
เห็นด้วย/ปฏิบัติน้อย	1	3

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ซึ่งใช้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best John W, 1977)⁽¹⁰⁾ ดังนี้

ระดับสูงสุด	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00
ระดับปานกลาง	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33
ระดับต่ำ	=	ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66

3. การตรวจสอบความตรง

นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระดับหัวหน้าหน่วยงานหรืออาจารย์ระดับปริญญาเอกขึ้นไป จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.84

4. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

นำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลยางซ้าย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 20 คน โดยแบบสอบถามความรู้แบบเลือกตอบนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สถิติ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย T-test

4.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยเลขที่ IRB 41/2563

5. ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.90 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.62 ปี ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.90 สถานภาพคู่ ร้อยละ 52.53 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 14,301.53 บาท ร้อยละ 9.2 อาศัยอยู่ตามลำพัง ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.56 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 66.23 สูบบุหรี่ ร้อยละ 4.21 ดื่มสุราร้อยละ 10.20

ตาราง 1 แสดงระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรม

ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (n=30)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (8 - 10คะแนน)	8	26.67	28	93.33
ระดับปานกลาง (6 - 7คะแนน)	17	56.67	2	6.67
ระดับต่ำ (0 - 5คะแนน)	5	16.66	0	0.00

จากตาราง 1 ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 17 คน ร้อยละ 56.67 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.67 และระดับต่ำ จำนวน 5 คน ร้อยละ 16.66 ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน ร้อยละ 93.33 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.67

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังการได้รับโปรแกรม

ระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	mean	S.D.	t.	df	p- value
ก่อนการทดลอง	6.80	1.24	-10.28	29	0.001
หลังการทดลอง	8.93	0.90			

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยก่อนได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 6.80 (S.D.=1.24) และหลังจากได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 8.93 (S.D.=0.90) ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

ตาราง 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	0	0.00	4	13.33
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	26	86.67	26	86.67
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	4	13.33	0	0.00

จากตาราง 3 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.67 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33 ส่วนหลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.67 รองลงมาอยู่ในระดับสูงจำนวน 4 คน ร้อยละ 13.33

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	mean	S.D.	t	df	p- value
ก่อนการทดลอง	26.50	2.50	-7.15	29	<.01
หลังการทดลอง	30.26	2.14			

จากตาราง 4 ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลอง 26.50 (S.D. =2.50) และหลังการทดลอง 30.26

(S.D. = 2.14) ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการ					
ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	df	p- value
กลุ่มทดลอง(n=30)	30.06	2.51	5.15	58	.0001
กลุ่มควบคุม(n=30)	26.73	2.49			

จากตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรม 30.06 (S.D. =2.51) และกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรม 26.73 (S.D. = 2.49) ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่า หลังทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง 2 กลุ่ม มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

6. วิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อภิปรายได้ว่าโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้เพิ่มความรู้ สร้างความเข้าใจของสาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรค สามารถนำไปสู่การสร้างตระหนักในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ เพราะความรู้⁽¹¹⁾ ความเข้าใจ เจตคติ จะส่งผลให้บุคคลเกิดการกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อมรวาทีน และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมCHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด

สมองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับวิจารณ์ สัจจร⁽¹³⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง โดยก่อนได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 26.50 หลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม 30.26 เป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นจากการจัดโปรแกรม ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพันทิพา บุญเศษ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 3 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการจัดโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นที่มีการบรรยาย การสร้างสื่อ วิดีทัศน์ให้เหมือนกับสถานการณ์จริงที่มีเนื้อหาเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา สุวรินทร์กร⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมุติฐานที่ 4 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้เช่นกัน โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีโอกาสได้รับความรู้ และการแนะนำตามโปรแกรมในการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือและยอมรับปฏิบัติตามคำแนะนำที่ดีที่เหมาะสมกับตนเองที่จะช่วยป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ เหล่าสูง วรณรัตน์ ลาวัณ และพรนภา หอมสินธุ์⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

7. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การศึกษานี้ใช้เวลาเพียง 12 สัปดาห์ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเท่านั้น ดังนั้นหน่วยงานบริการสุขภาพ ควรให้ความรู้และประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ควรนำโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ไปใช้ในการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

8. เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. About world stroke day. [internet]. [cited 2022 December 11] Available from: <https://www.worldstroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-dayprevious-world-stroke-days/world-stroke-day>
2. ปรีดี ชศดา วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลและมุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาล. 2562;68(4) : 39-48.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ[อินเทอร์เน็ต]; 2562.[เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2566] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2563. ทรिक ซิงค์. เชียงใหม่. 2563.
5. สุริยา หล้ากำ และศิริณีย์ อินทรหนองไผ่. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลเหนือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560; 9(2), 85-94
6. ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยฉิน แซ่ตัน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 2(2), 62-77.

7. Becker MH, The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2:324–508.
8. เสน่ห์ แสงเงิน ถาวร มาดั้นและอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุทัยธานี.ตีพิมพ์เผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง“อาเซียนบนเส้นทางของประชาคม” (ASEAN on the Path of Community) วันที่ 11 ธันวาคม 2561 มหาวิทยาลัยรามคำแหง หน้า 63-72 (proceeding).
9. รุจิรา ดวงสงค์และชลธิรา กาวไชสง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*. 2557;29(3), 295-304.
10. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง, และ ศิริยา โคตรบุตตา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2564;14(2), 25-35
11. Kasl SV, Cobb S, Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, (1966); 12(2), 246-266
12. พรพิมล อมรวาทีนและคณะ. ประสิทธิผลของโปรแกรม CHIRP FAST ต่อความรู้ การรับรู้ ความคาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้* 2562;6(3) 121-132
13. วิภากรณ์ สัญจร. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลก้นดงจังหวัดตรัง (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรัง; 2562.
14. พันทิพพา บุญเศษ และลัษวิ ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2561; 21(2), 28-41.
15. จิรัชยา สุวินทรากร, สุรินทร์ กลัมพากร และทัศนีย์ ธีรวิฑู. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาล*. 2562; 68(1), 39-48
16. ขอวรารัตน์ เหล่าสูง วรรณรัตน์ ลาวัจ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2562; 12(4), 32-45

ถอดบทเรียนในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล : การวิจัยเชิงคุณภาพ

นนุช โอบะ, พย.ม., กศ.ด.¹

สุภาพร แนวบุตร, พย.ม., ศ.ด.¹

ปทุมมา ฤทธิ์โพธิ์, พย.ม., พย.ด.¹

ศิระ ปานแย้ม, พย.บ.²

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. โรงพยาบาลบางระกำ อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก

วันที่รับบทความ (Received), 27 ธันวาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 14 กุมภาพันธ์ 2567

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted), 15 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการจำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัยคือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า บทเรียนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การบริการเชิงรุกของทีมสุขภาพ ได้แก่ ให้บริการเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจน ส่งเสริมและติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย และตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดูแลจากข้อมูลเชิงวิชาการ 2) การจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ หมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเหมาะสม ตรวจเลือดและพบแพทย์ตามนัด และเรียนรู้การเข้าถึงกลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน 3) ผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์ ได้แก่ ระยะสั้นมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7 และระยะยาวไม่ต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 4) ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมีวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าโครงการ และทีมสุขภาพมุ่งมั่นทำงานอย่างมีเป้าหมาย และ 5) ปัจจัยขัดขวางความสำเร็จของการดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยไลน์แอปพลิเคชัน และผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ : ถอดบทเรียน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงเรียนเบาหวาน

Lessons learned from the initial stages of the Bang Rakam PUWADOL Model Diabetes

Academy : A Qualitative Research

Nongnut Oba M.N.S., Ph.D.¹

Supaporn Newbood M.N.S., Dr.P.H.¹

Pratuma Rithpho M.N.S., Ph.D.¹

Sira Panyam B.N.S.²

1.Faculty of Nursing, Naresuan University

2.Bang Rakam Hospital, Mueng District, Phitsanulok province

Abstract

The purpose of this qualitative research was to explore lessons learned from the initial stages of the Bang Rakam PUWADOL Model Diabetes Academy, Phitsanulok Province. Forty type 2 diabetes patients who attended this academy and health care personnel who worked on it were participants. Research instrument was semi-structure in-depth interview guideline. The data was analyzed using content analysis. The findings revealed that the lessons were 5 themes: 1) Proactive services of the health team included providing proactive services with clear goal, promoting and monitoring on patient management outcomes, and deciding to adjust health care from academic information 2) Patient self-management included doing self-monitoring blood glucose level regularly, taking medicine according to the doctor's treatment, adjusting behaviors as appropriate, follow up for blood test and doctor's prescribing as appointment and learn to join the LINE Application group 3) Desired clinical outcomes included short-term outcome had A1C levels less than 7% and no need to take hypoglycemic drugs in long-term outcome 4) Factors promoting for health care success included disciplined in adjusting health behaviors, project leader was hospital administrator and health team being committed to working with goals 5) Barrier factors of health care success included patients can't using the LINE application, and patients prioritize occupation over health care.

Keywords: Lesson learned, Type 2 diabetes, Health care personnel, Diabetes Academy

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินและความผิดปกติของร่างกายที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง การเป็นโรคเบาหวานจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เป็นโรค เศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เรียกว่า เอวันซี (A1C) ให้อยู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 7 โดยรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ⁽¹⁾ ในช่วงปีพ.ศ. 2563–2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 311,513 , 321,798 , 348,818 , 374,126 คน ตามลำดับ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มมากขึ้น และพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ค่อนข้างน้อย โดยข้อมูลระหว่างปีพ.ศ. 2563–2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 28.44, 28.10, 29.09 และ 31.85 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 40⁽²⁾

โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการจัดคลินิกบริการโรคเรื้อรัง ซึ่งมีบริการตรวจรักษาโรคเบาหวานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในปีพ.ศ.2559 นายแพทย์ภูวดล พลพวกและพว.นวรรณ์ ชูติปัญญาภรณ์ ดำเนินการวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าเฉลี่ยสะสมของน้ำตาลมากกว่า 7% ของโรงพยาบาลบางระกำ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดหลัง 3 เดือน และ 6 เดือนต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดหลัง 6 เดือนต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽³⁾ ในปีพ.ศ. 2560 นายแพทย์ภูวดล พลพวก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางระกำจึงเปิดโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล เพื่อดำเนินการอบรมและเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวานและนำหลักการ POWADOL model 7 ประการได้แก่ 1) อาหารสูตร 2:1:1 กำหนดเป็นนโยบายทั้งอำเภอ การออกกำลังกาย การขึ้นชมให้รางวัล การปรับยาตามระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย การให้ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง และการจัดการเรียนรู้ เข้ามาเป็นหลักการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยรับสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานบางระกำจำนวน 2 รุ่น ผลการดำเนินงานรุ่นที่ 1 จำนวน 204 คน พบว่า ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) ลดลงจากเดิม จำนวน 151 คน (ร้อยละ 74.02) เพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 38 คน (ร้อยละ 18.62) เท่าเดิมจำนวน 15 คน (ร้อยละ 7.35) ค่า A1C < 7% จำนวน 76 คน (ร้อยละ 37.25) และผลการดำเนินการรุ่นที่ 2 จำนวน 305 คน ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับเอวันซีในเลือดได้ร้อยละ 75 ในปีถัดมานำหลักการของ DM remission เข้ามาเป็นหลักในการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วย⁽⁴⁾ ซึ่งผลการดำเนินการในปีพ.ศ. 2563-2566 ทำให้ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดีของโรงพยาบาลสูงขึ้นและอยู่ในระดับใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่กำหนดคือมีค่าเท่ากับร้อยละ 41.82, 38.16, 34.20 และ 39.65 ตามลำดับ⁽²⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรุ่นที่ 1-3 จำนวน 24 คนที่สามารถหยุดการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นช่วง 3 ปีแรกของโรงเรียนเบาหวานบางระกำฯ เป็นรูปแบบการบริการที่ดีที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดีขึ้นและมีบางรายเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

การถอดบทเรียนเป็นวิธีทำให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จหรือความผิดพลาดจากการทำงาน เป็นการช่วยสกัดบทเรียนออกมาให้รู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค การถอดบทเรียนจะช่วยทำให้ทราบว่ามีความผิดพลาดเพราะอะไรและควรปรับปรุงอย่างไร และต่อยอดความรู้ที่มีอยู่ให้ลึกซึ้งหรือกว้างขวางยิ่งขึ้น⁽⁵⁾ เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) เสนอ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบด้วย 6 ด้านที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) การออกแบบระบบบริการ (Delivery system Design) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical information system) การดูแลระบบสุขภาพในองค์กร (Health system Organization of health care) และนโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policies) เป็นการจัดการโรคเรื้อรังเชิงระบบที่เน้นการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีเท่าที่เป็นไปได้⁽⁶⁾ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังนี้มาเป็นกรอบความคิดและสร้างเครื่องมือวิจัยเพื่อค้นหาองค์ความรู้ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงเรียนเบาหวานฯ ในระยะเริ่มต้นที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยเบาหวานสำหรับหน่วยบริการอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล

2. เพื่อสรุปบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ สรุปบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลบางระกำที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล อย่างน้อย 1 ปี เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 13 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 14 คน และ 2) กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการของโรงพยาบาลบางระกำและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงเรียนเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 13 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย ทีมวิจัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยโดยการเข้าฝึกอบรมเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาโดยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure in-depth interview guideline) มีลักษณะเป็นข้อคำถามกว้าง ๆ ตาม Chronic Care Model⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ลักษณะการบริการและช่องทางสื่อสารที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การออกแบบระบบบริการ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระบบบริการผู้ป่วยของโรงเรียนเบาหวานฯ และลักษณะการทำงานของทีมสุขภาพ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างไร 4) ระบบสารสนเทศทางคลินิก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระบบการจัดเก็บข้อมูลและระบบการแจ้งเตือนผู้ป่วยของโรงเรียนเบาหวานฯ เป็นอย่างไร 5) การดูแลระบบสุขภาพในองค์กร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับกลวิธีการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และ 6) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์และแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนเบาหวานฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2) อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และ 3) พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีค่า Content validity index (CVI) ได้เท่ากับ 1.00

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 182/2020 วันที่ 18 กรกฎาคม 2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยโทรศัพท์มือถือ ใช้คำพูดที่ชัดเจนและไม่เร่งรัดให้ตอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับคลินิกโรคเบาหวานเพื่อขอรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของทีมสุขภาพและผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงเรียนเบาหวานฯตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นขอให้พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังโทรศัพท์ถึงทีมสุขภาพและผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้เพื่อสอบถามความสมัครใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาและสถานที่ในโรงพยาบาลที่จะพบกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ และวิธีการสัมภาษณ์ หลังจากผู้ให้ข้อมูลเซ็นคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์และจดบันทึก โดยใช้เวลาคนละ 45-60 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการถอดเทปและพิมพ์คำพูดเป็นไฟล์เวิร์ด การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วได้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรงเรียนเบาหวานฯจากผู้ให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น รวมทั้งทีมวิจัยเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ซึ่งถือว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเทคนิค 4 ประการของ Guba and Lincoln ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงเรียนเบาหวานบางระกำฯ เท่านั้น ผู้วิจัยทำหน้าที่สัมภาษณ์เขียนบันทึกสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์จะมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ฟังและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในส่วนที่ไม่ถูกต้อง 2) การเชื่อมโยงผลการวิจัยไปยังบริบทอื่น (Transferability) โดยผู้วิจัยบรรยายคุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อสามารถนำไปอ้างอิงในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ 3) ความคงที่ของข้อมูล (Dependability) ทีมวิจัยอ่านข้อค้นพบร่วมกับและตรวจสอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด และ 4) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล (Confirmability) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถยืนยันแหล่งที่มาได้โดยผู้วิจัยบันทึกเป็นรหัสในการจัดเก็บบทสัมภาษณ์⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจง ความถี่และร้อยละ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยทำดัชนีข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์สรุปประเด็นและพิสูจนบทสรุป และการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มใช้บริการ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ใช้บริการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มประสบความสำเร็จในการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 92.31 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.62 ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรและแม่บ้านจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 30.77 มีค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีเท่ากับ $6.12 \pm 0.84\%$ อายุเฉลี่ย 67.38 ± 7.43 ปี และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 6.43 ± 0.57 ปี และ (2) ผู้ใช้บริการ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 85.71 อายุเฉลี่ย 47.5 ± 7.71 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.71 ค่าเฉลี่ยระดับเอวันซีเท่ากับ $8.42 \pm 1.50\%$ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.21 ± 1.88 ปี และ 2) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 69.23 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 76.92 อายุเฉลี่ย 45.69 ± 8.63 ปี และระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 27.54 ± 6.70 ปี รหัสของผู้ให้ข้อมูล ID1 หมายถึง ผู้ใช้บริการกลุ่มประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ID2 หมายถึง ผู้ใช้บริการกลุ่มไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ ID3 หมายถึง ผู้ให้บริการ

1.2 ผลการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานฯ ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ 2) ให้บริการเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจน 3) ส่งเสริมและติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4) ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ 5) ตัดสินใจในการดูแลรักษาโรคเบาหวานจากข้อมูลเชิงวิชาการ และ 6) ใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพ ดังนี้

1.2.1 สนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ประกอบด้วย

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาทั้งแบบกลุ่มและบุคคล 2) สอนการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจนผู้ป่วยนำไปใช้ปรับพฤติกรรมได้ ดังนี้

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาทั้งแบบกลุ่มและบุคคล ดังคำพูดดังนี้

“สอนวิธีการเลือกอาหาร โดยดูจากโมเดลอาหาร การคำนวณพลังงาน ตอนสอนมีผู้เรียน 5 คน พยายามทำตามทีสอนให้ได้ เรื่องอาหารยากที่สุด” (ID2-2 ผู้ชายอายุ 46 ปี) “สอนให้ทานข้าวมีธัญ 1 ทัพพี ผักขม ผลไม้หวานๆ ให้ทานได้ครึ่งลูก” (ID1-13 ผู้หญิงอายุ 47 ปี) “พยายามสอนฉันให้เดินเร็วหรือขี่จักรยานอย่างน้อยวันละ 30 นาที ก่อนพบแพทย์ แต่ฉันทำไม่ค่อยได้” (ID1-11 ผู้หญิงอายุ 43 ปี) “หมอแนะนำตอนที่เขียนใบสั่งยาให้ฉันออกกำลังกายบ่อย ๆ วันละ 30 นาที ทุกวัน ได้ยิ่งดี ฉันพยายามออกกำลังกายหลังทำงานเกือบทุกวัน” (ID1-10 ผู้หญิงอายุ 45 ปี) “หมอบอกต้องทานยาสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา ฉันกินยาไม่เคยขาด ” (ID2-12 ผู้หญิงอายุ 61 ปี)

2) สอนการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจนผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ปรับพฤติกรรมได้ ดังคำพูดดังนี้

“พยาบาลสอนเจาะเลือด แปรผลเลือด ลงบันทึกน้ำตาลในเลือดของตนเองในโทรศัพท์” (ID2-12 ผู้หญิงอายุ 61 ปี) “เจาะเลือดด้วยตนเองถ้ารู้ว่าน้ำตาลขึ้น จะปรับอาหารลดลงและออกกำลังกายมากขึ้น” (ID1-6 ผู้หญิงอายุ 40 ปี) “วันหนึ่งตอนเช้าเจาะน้ำตาลได้ 82 ฉันตกใจรีบกินน้ำหวานแล้วนอนพัก น้ำตาลขึ้นมาเป็น 105 จากนั้นตอนเช้าฉันเพิ่มข้าวเป็นทัพพีครึ่ง” (ID3-11 ผู้หญิงอายุ 42 ปี)

1.2.2 ให้บริการเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจน ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกันด้วยแอปพลิเคชัน 2) ใช้ระบบเตือนให้มาตรวจตามนัดหลากหลายวิธี และ 3) ปรับลดการใช้ยาจนบางคนสามารถหยุดการใช้ยากระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้

1) กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกันด้วยแอปพลิเคชัน ดังนี้

“พยาบาลประจำคลินิกจัดตั้งกลุ่มไลน์ และเชิญชวนให้ส่งภาพอาหารที่ทานเข้ากลุ่มดูกัน” (ID2-1 ผู้ชายอายุ 48 ปี) “หมอ(ทีมสุขภาพ)ส่งภาพอาหารที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยมาให้ดูบ่อย ๆ เพื่อนในกลุ่มไลน์ส่งดูกัน เป็นการเตือนให้ระวังเรื่องการกิน” (ID2-14 ผู้หญิงอายุ 49 ปี) “โภชนาการอาหารในกลุ่มไลน์ หมอเห็นใครโพสต์อาหารที่มีพลังงานสูงจะ เตือนให้กินอาหารน้อยลงอีกหน่อย” (ID1-5 ผู้หญิงอายุ 27 ปี) “ถ้าผู้ป่วยเขทขอคำปรึกษาในกลุ่มไลน์ หมอจะตอบคำถามหรือแนะนำข้อปฏิบัติทุกครั้ง” (ID3-3 ผู้หญิงอายุ 59 ปี) “แพทย์ในไลน์ทำให้ผู้ป่วยกล้าพูดมากขึ้น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงาน (ทีมสุขภาพ) อย่างใกล้ชิดและไม่จำกัดเวลา” (ID3-1 ผู้ชายอายุ 31 ปี)

2) ใช้ระบบเตือนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลากหลายวิธี ดังคำพูดดังนี้

“หลังจากตรวจเสร็จพยาบาลจะเขียนวันนัดครั้งต่อไปในสมุดประจำตัว ฉันต้องจำวันและไปจดไว้ที่ปฏิทินที่บ้านตัวโตๆ กันลืม และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง” (ID1-1 ผู้ชายอายุ 48 ปี) “พยาบาลจะเตือนทางไลน์ ก่อนถึงวันนัดล่วงหน้า 1-2 วัน ผมต้องขอลางานสักครึ่งวันเพื่อไปพบหมอ” (ID1-9 ผู้ชายอายุ 43 ปี) “มีการติดตามการรับยาตามนัดเพื่อไม่ให้ขาดยาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยเป็นระยะ” (ID3-7 ผู้ชายอายุ 45 ปี) “เมื่อถึงกำหนดต้องตรวจซึ่งส่วนใหญ่เดือนละ 1 ครั้ง และตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆประจำปี มีการออกใบนัดผ่านระบบโปรแกรม..Hos.Xp” (ID3-10 ผู้ชายอายุ 32 ปี) “ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าโรงเรียนเบาหวานที่ไม่มีโทรศัพท์จะมีหนังสือแจ้งวัน เวลา สถานที่ตรวจ โดยแจ้งผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)” (ID3-11 ผู้หญิงอายุ 42 ปี)

3) ปรับลดการใช้ยาจนบางคนสามารถหยุดการใช้ยากระดับน้ำตาลในเลือด ดังคำพูดดังนี้

“คู่มือแนวโน้มผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ของผู้ป่วย คำแนะนำการรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับการใช้ยา” (ID3-13 ผู้ชายอายุ 47 ปี) “เมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีน้ำตาลในเลือดลดลง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติสุขโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แพทย์จะปรับลดขนาดยา จนบางคนไม่ต้องใช้ยารักษาเบาหวาน” (ID3-7 ผู้ชายอายุ 45 ปี)

1.2.3 ส่งเสริมและติดตามผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ประเด็น ได้แก่ 1) วางแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ และ 2) ติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารหลายช่องทางอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) วางแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานโดยทีมสหวิชาชีพ ดังคำพูดดังนี้

“ทำงานเป็นพยาบาลดูแลงานเอ็นซีดี (NCD) ในทีมมีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรรมและนักกำหนดอาหาร ทำหน้าที่เป็นเหมือนโค้ชในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี) “พยายามสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เกิดผลสำเร็จ” (ID3-6 ผู้หญิงอายุ56ปี) “คู่มือโน้มผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ของผู้ป่วยดำเนินการแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาปรับการให้ยา” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี)

2) ติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารหลายช่องทาง ดังคำพูดดังนี้

“กระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่นตัวในการดูแลตนเองโดยติดตามการปรับพฤติกรรมโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน” (ID3-3 ผู้หญิงอายุ59ปี) “ผู้จัดการทีมติดตาม/ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติโดยการสอบถามต่อหน้าและแบบออนไลน์” (ID3-11 ผู้หญิงอายุ42ปี) “ให้คำปรึกษาทุกครั้งที่มาเจาะเลือดและรับยา” (ID3-3 ผู้หญิงอายุ59ปี) “นัดทดสอบความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับไปในแต่ละครั้งและติดตามการปฏิบัติตนทุกเดือนเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติตนของผู้ป่วย” (ID3-7 ผู้ชายอายุ45ปี) “ถ้าเห็นเจ็บไปทางไลน์พยาบาลจะแชทถามทางไลน์ส่วนตัวว่ากินอาหารอย่างไร ออกกำลังกายบ้างหรือเปล่า?” (ID2-2 ผู้ชายอายุ46ปี)

1.2.4 ดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบรายบุคคล 2) มุ่งมั่นทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย และ 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

1) ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบรายบุคคล ดังคำพูดดังนี้

“ผู้ป่วยรายหนึ่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 180 มก.% แนะนำตั้งเป้าหมายลดลงต่ำกว่า 140 มก.% ก่อน ผู้ป่วยแต่ละคนตั้งเป้าหมายลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมือนกัน” (ID3-12 ผู้หญิงอายุ45ปี) “ในกลุ่มที่ไม่ใช่แอปพลิเคชันไลน์ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมในรายที่มีแนวโน้มจะสูงขึ้น และกล่าวชมเชยในรายที่มีแนวโน้มลดลง” (ID3-1 ผู้ชายอายุ31ปี) “พยาบาลจะโทรมาถามเรื่องอาหาร และย้ำให้รับประทานยาให้ถูกต้อง บอกอีกว่ามีสงสัยอะไรก็สอบถามได้” (ID2-11 ผู้หญิงอายุ43ปี) “แพทย์จะดูแลผลเลือดและพูดถึงอาหารที่ควรกิน ถ้าสงสัยอะไรถามได้” (ID1-3 ผู้ชายอายุ56ปี)

2) มุ่งมั่นทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย ดังคำพูดดังนี้

“สร้างความตระหนักในการดูแลตนเองที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยหลายครั้ง” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี) “แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน สร้างความเข้าใจในการจัดการตนเองโดยการพูดคุยทั้งแบบปากต่อปาก แอปพลิเคชันไลน์ และ โทรศัพท์” (ID3-5 ผู้หญิงอายุ38ปี) “ผู้ป่วยสูงอายุ ต้องแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหารที่เหมาะสมซ้ำ ส่วนเรื่องออกกำลังกายไม่ค่อยทำกันเพราะมีข้อจำกัดเรื่องโรค

ประจำตัว” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี) “ทำงานหนักแม้นอกเวลาก็ยังทำงาน ผู้ป่วยสามารถติดต่อขอคำแนะนำได้” (ID3-3 ผู้หญิงอายุ59ปี)

3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ดังคำพูดดังนี้

“แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในวันประชุมกลุ่มพยาบาลเอ็นซีดี (NCD) ทุก 1 เดือน” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี) “จัดประชุมเพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างทีมสุขภาพ 3 วิธีโดยผู้อำนวยการนัศุขยโทรศัพท์ติดต่อสอบถามและพูดคุยกันออนไลน์” (ID3-10 ผู้ชายอายุ32ปี) “ใช้โทรศัพท์สอบถามเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาระหว่างการทำงาน และแชทในไลน์กลุ่มงาน NCD” (ID3-4 ผู้หญิงอายุ55ปี) “ประชุมกลุ่มแบบ Zoom Meeting เพื่อปรึกษาการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาแนะนำ และการปรับยาทุกเดือน” (ID3-5 ผู้หญิงอายุ38ปี)

1.2.5 ตัดสินใจในการดูแลรักษาโรคเบาหวานจากข้อมูลเชิงวิชาการ ประกอบด้วย 1) ใช้ระดับน้ำตาลด้วยตนเองในการปรับปริมาณและชนิดของอาหาร และ 2) ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1) ใช้ผลการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองในการปรับปริมาณอาหารและชนิดของอาหาร ดังคำพูดดังนี้

“ให้เครื่องกลูโคมิเตอร์คนละเครื่องนำไปเจาะเลือดตนเองที่บ้านเจาะแบบ 7 จุด 3 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับปริมาณและชนิดของอาหารหลังจากรู้ผล” (ID3-13 ผู้ชายอายุ47ปี) “ฉันใช้เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดที่บ้านวัดประจำเป็นประโยชน์มาก ช่วยเตือนตนเองอย่ากินอาหารมากเกินไปจนน้ำตาลให้” (ID2-13 ผู้หญิงอายุ47ปี) “ติดตามค่าน้ำตาลปลายนิ้วที่ผู้ป่วยส่งไปในกลุ่มไลน์เป็นประจำทุกวัน หากพบว่าผู้ป่วยคนใดที่ระดับน้ำตาลสูงมาก ให้ขอแนะนำในการปรับอาหาร” (ID3-9 ผู้หญิงอายุ42ปี) “ผู้ป่วยส่งผลน้ำตาลในเลือดทางไลน์กลุ่ม ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้านสูงขึ้นจะแนะนำในกลุ่มไลน์ทันที ผู้ป่วยคนอื่นอ่านได้ความรู้และนำไปใช้ด้วย” (ID3-1 ผู้ชายอายุ31ปี)

2) ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังคำพูดดังนี้

“ผู้ป่วยส่งระดับน้ำตาลในเลือดในระบบออนไลน์ให้พยาบาลส่งต่อให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาปรับยาและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย” (ID3-10 ผู้ชายอายุ32ปี) “มีการประเมินการรับประทานยาโดยนับเม็ดยาที่เหลือ การรับประทานอาหาร และชั่งน้ำหนัก ถ้าพบว่าน้ำหนักลดลง แสดงว่าผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ดี และมีแนวโน้มที่ระดับน้ำตาลลดลงและอาจหยุดการให้ยาได้” (ID3-1 ผู้ชายอายุ31ปี) “นำข้อมูลระดับเอวันซิงของผู้ป่วยทั้งในและนอกโรงเรียนเบาหวานมาเปรียบเทียบกันเพื่อผลการรักษา” (ID3-11 ผู้หญิงอายุ42ปี)

1.2.6 ใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) สื่อสารการรักษาและกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานฯ และ 2) ใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกับคำแนะนำของโรงเรียนเบาหวานฯ ดังนี้

1) สื่อสารการรักษาและกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานฯ ดังคำพูดดังนี้

“แกนนำสุขภาพในชุมชนเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเกี่ยวกับโรงเรียนเบาหวานฯ ให้ประชาชนในชุมชนได้เข้าใจอย่างถูกต้อง” (ID3-7 ผู้ชายอายุ45ปี) “ระยะแรกชุมชนคิดว่าการรับยา ติดตามการ

รักษาและพบแพทย์ตามนัดแบบเดิมก็ได้อยู่แล้ว จะต้องมีการเรียนเบาหวานๆขึ้นอีกทำไม อสม.ช่วยประชาสัมพันธ์ กิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานให้รับทราบ ทำให้ชุมชนเข้าใจการรักษาแบบใหม่มากขึ้น” (ID3-9 ผู้หญิงอายุ42ปี) “มีหลายคนอยากเข้าโรงเรียนนี้ ควรขยายให้เข้าถึงได้ทุกคน” (ID2-11 ผู้หญิงอายุ43ปี) “อยากให้คนที่ไม่ได้เรียน มาเข้าเรียน เขาจะได้ปรับพฤติกรรมและน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในระดับปกติ” (ID2-12 ผู้หญิงอายุ61ปี)

2) ใช้ทรัพยากรในชุมชนร่วมกับคำแนะนำของโรงเรียนเบาหวานๆ ดังคำพูดดังนี้

“ใช้ศาลาประชาคมในการจัดประชุมและทำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันในบางโอกาส” (ID3-7 ผู้ชายอายุ45ปี) “ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของชุมชนควบคู่กับการคุมอาหารตามโปรแกรมของโรงเรียนเบาหวาน” (ID3-10 ผู้ชายอายุ32ปี) “หน่วยงานท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณหากเขียนโครงการด้านสุขภาพไปขอการสนับสนุน” (ID3-4 ผู้หญิงอายุ55ปี) “อสม.ในชุมชนช่วยติดตามดูแลและเตือนวันตรวจตามนัด” (ID3-7 ผู้ชายอายุ 45ปี)

2.2 ผลการสรุปบทเรียนและสังเคราะห์บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

บทเรียนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานๆ ประกอบด้วย 5 บทเรียน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 บทเรียนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้นของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล

2.2.1 บทเรียนที่ 1 : การบริการเชิงรุกของทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพมีกลวิธีการให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ 1) ให้บริการเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจน 2) ส่งเสริมและติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 3) ตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดูแลจากข้อมูลเชิงวิชาการ

2.2.2 บทเรียนที่ 2 : การจัดการตนเองของผู้ป่วย วิธีการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยจนทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ 1) หมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 2) รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 4) ออกกำลังกายตามความเหมาะสม 5) ตรวจเลือดและพบแพทย์ตามนัด และ 6) เรียนรู้การเข้ากลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน

2.2.3 บทเรียนที่ 3 : ผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์ โรงเรียนเบาหวานฯ กำหนดผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสั้นมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 7 และ 2) ระยะยาวไม่ต้องกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

2.2.4 บทเรียนที่ 4 : ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของการดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าโครงการ และ 3) ทีมสุขภาพมุ่งมั่นทำงานอย่างมีเป้าหมาย

2.2.5 บทเรียนที่ 5 : ปัจจัยขัดขวางความสำเร็จของการดูแล การดำเนินการดูแลผู้ป่วยของโรงเรียนเบาหวานฯ มีข้อจำกัดและอุปสรรค 2 ประการ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยแอปพลิเคชันไลน์ และ (2) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ

อภิปรายผล

บทเรียนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล สามารถอภิปรายเป็น 5 บทเรียนหลักดังนี้

1. การบริการเชิงรุกของทีมสุขภาพ มีบทเรียน 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ให้บริการเชิงรุกที่มีเป้าหมายชัดเจน 2) ส่งเสริมและติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย และ 3) ตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดูแลจากข้อมูลเชิงวิชาการ ซึ่งรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานแนวใหม่ปรับเปลี่ยนเป็นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้การรักษาที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง โดยการกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดีและที่ควบคุมไม่ได้มีการดูแลที่เข้มข้นแตกต่างกัน⁽⁸⁾ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน นักโภชนาการ เป็นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ต้องมีการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ และแกนนำชุมชน หน่วยงานในชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วย⁽⁹⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองที่พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานประกอบด้วย 1) การประเมินผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 2) นำครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมในกิจกรรม 3) ให้คำแนะนำผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการ 4) การใช้นวัตกรรมกราฟน้ำตาลที่ดูผ่านโทรศัพท์ได้และการติดตามก่อนวันนัดผ่าน Line notify และโทรศัพท์ 5) การปรับแผนการรักษาโดยแพทย์และ 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁰⁾ และงานวิจัยของโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทาง UCARE 2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ 3) การให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน มีผลทำให้ศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹¹⁾ ดังนั้น การบริการเชิงรุกของทีมสุขภาพที่มีเป้าหมายชัดเจน การติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยเป็นบทเรียนสำคัญประการแรกของการดูแลผู้ป่วยของโรงเรียนเบาหวานฯ

2. การจัดการตนเองของผู้ป่วย พบว่า วิธีการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ 1) หมั่นตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 2) รับประทานยาตามการรักษาทดของแพทย์ 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร 4) ออกกำลังกายตามความเหมาะสม 5) ตรวจเลือดและพบแพทย์ตามนัด และ 6) เรียนรู้การเข้ากลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับการเจาะเลือดปลายนิ้วตนเองเพื่อหาระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละวัน เป็นทักษะที่ผู้ป่วยเบาหวานควรจัดการตนเองให้ได้ เพื่อนำผลเลือดมาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจปรับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายด้วยตนเอง⁽⁸⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแนวใหม่ผู้ป่วยมีบทบาทมากกว่าเป็นผู้รับการรักษา แต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาที่ต้องดูแลตนเองที่บ้าน โดยได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัว⁽⁹⁾ การจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด⁽¹²⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองที่พบว่า การให้ความรู้แบบผสมโดยนัดให้มาพบที่โรงพยาบาลและนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์โดยแพทย์ พยาบาล เกสเซอร์ นักกำหนดอาหารทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ โดยการให้ความรู้แบบรายบุคคลมีแนวโน้มที่จะลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้มากกว่าเล็กน้อย⁽¹³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองที่พบว่า หลังได้รับการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การกำหนดเป้าหมายและตกลงบริการ การส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญ การติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจัดการความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงจะประสบความสำเร็จและสามารถปรับลดยาได้⁽¹⁵⁾

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกที่พึงประสงค์ โรงเรียนเบาหวานบางระกำกำหนดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะสั้นให้สามารถควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือดได้ต่ำกว่าร้อยละ 7

และ 2) ระยะยาวไม่ต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด จากแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน พ.ศ.2566 ระบุว่าเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่มีโรคร่วมควรมีระดับเอวันซี $< 7\%$ ผู้สูงอายุปกติไม่มีโรคร่วมควรมีระดับเอวันซี 7.0-7.5 % ผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนปานกลางควรมีระดับเอวันซี $< 8.0\%$ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนมากไม่ควรกำหนดระดับเอวันซี⁽¹⁾ ซึ่งทีมสุขภาพต้องช่วยวางแผนกำหนดเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดระยะสั้น คือไม่เกิน 6 เดือนให้มีระดับเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีการปรับพฤติกรรมได้ดีและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงใกล้เคียงกับร้อยละ 7 ทีมสุขภาพอาจเสนอแนะให้ผู้ป่วยวางแผนระยะยาวให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบซึ่งไม่ต้องรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดไปตลอดชีวิตได้ โดยราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยระบุว่า โรคเบาหวานระยะสงบคือ การรักษาให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ต่ำกว่า 6.5% เป็นเวลา 3 เดือนติดต่อกันโดยไม่ต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนไม่สามารถเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ข้อแนะนำการเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมสำหรับการเข้าสู่ภาวะนี้คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 ปี ในกรณีที่เกิน 6 ปีขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ ของแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เหมาะกับการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้แก่ 1) ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมรุนแรง และผู้ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เช่น โรคไตเรื้อรังที่มี eGFR < 30 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ และโรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน 2) เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปีและไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชัดเจน หรือมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวเด่น 3) เป็นเบาหวานในผู้ใหญ่ที่อาจเป็นชนิด latent autoimmune diabetes in adults (LADA) 4) เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 5) เป็นเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี และ 6) เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ทีมสุขภาพควรวิเคราะห์ภูมิหลังของผู้ป่วยและแนะนำการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม

4. ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จของการดูแล การดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จมีปัจจัยส่งเสริม 3 ประการได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าโครงการ และ 3) ทีมสุขภาพมุ่งมั่นทำงานอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงพัฒนาที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 1) เป็นการให้บริการเครือข่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 2) มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการจัดระบบบริการเครือข่ายที่ครบตามมาตรฐาน 3) มีระบบการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย 4) มีกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบโดยมีการวางแผนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเครือข่ายและดำเนินงานตามแผน รวมถึงการประชุมวิเคราะห์ผลลัพธ์ของงานและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้คณะทำงานที่มีมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง

6) ทีมสุขภาพมีกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾ และงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่า บุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 8.51 ลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย (น้ำหนักลดลง ≥ 6 กิโลกรัมภายใน 6 เดือน) มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักลดลงจากเดิม 8.41 กิโลกรัมและค่าเฉลี่ยของรอบเอวลดลงจากเดิม 10.75 เซนติเมตรร้อยละ 91.49 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาฯ ได้แก่ หน่วยงานมีนโยบายชัดเจน มีรางวัลเป็นแรงจูงใจ บุคลากรมีความตั้งใจ มีวินัย ผู้บังคับหน่วยและผู้ร่วมงานให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนและชื่นชมความสำเร็จ มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการออกกำลังกาย และมีการจำหน่ายอาหารพลังงานต่ำ และปัจจัยแห่งความล้มเหลวคือ บุคลากรขาดการกำกับตนเองในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ⁽¹⁸⁾ และผลการถอดบทเรียน พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ภายใต้การนำของนายอำเภอสวรรคโลก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก สาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก และนายกเทศมนตรีเมืองสวรรคโลกที่เป็นผู้บริหารสูงสุดของแต่ละองค์กรทำให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽¹⁹⁾ ดังนั้น บทเรียนนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหาร โครงการบริการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จได้

5. ปัจจัยขัดขวางความสำเร็จของการดูแล การดำเนินการดูแลผู้ป่วยของโรงเรียนเบาหวานยังมีข้อจำกัดและอุปสรรค 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยแอปพลิเคชันไลน์ และ 2) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารโดยแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ช้ากว่าและต่ำกว่ากลุ่มที่สามารถใช้แอปพลิเคชัน เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริการสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงด้วย ได้แก่ งานวิจัยเชิงทดลองพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .001$)⁽²⁰⁾ งานวิจัยแบบย้อนหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 122 ราย ทุกคนได้รับการดูแลรายบุคคลจากทีมสหวิชาชีพระหว่างเข้ารับรักษาตัวหอผู้ป่วยใน และมีการติดตามทางโทรศัพท์โดยให้ความรู้ทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังการติดตามเป็นเวลา 3 และ 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) ดัชนีมวลกาย ไชมันแอลดีแอล ไชมันไตรกลีเซอไรด์และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$) แต่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงเล็กน้อย (p -value=0.207)⁽²¹⁾ ดังนั้น การสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม

เหมาะสมมากขึ้นและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกทางบวกแก่ผู้ป่วย ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทีมสุขภาพจำเป็นต้องใช้การสื่อสารทางวาจากับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ช้าและไม่ครบถ้วน สำหรับการให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพของผู้ป่วย มีงานวิจัยเชิงสำรวจที่สอดคล้องกันพบว่า การประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁽²²⁾ และงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($A1C < 7\%$) ได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประกอบอาชีพ ($OR_{adj} = 2.71, 95\% CI = 1.19-6.17$)⁽²³⁾ ดังนั้น การสนใจในการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้และเป็นอีกปัจจัยที่ขัดขวางความสำเร็จของการดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ มาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพและการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างรวดเร็ว
2. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดเป้าหมายระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและการปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพ
3. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดได้ไปใช้ในการปรับชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ถอดบทเรียนของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดลที่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลบางระกำที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และทีมสุขภาพของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดลในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์จนทำให้สามารถบรรลุผลได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
2. Health Data Center. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic plus.
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2021&source=pformatted/format1.php&id=bf3fc18d99d7366fc8ee1978835a6865; 2566.
3. ภูวดล พลพวก นวรัตน์ ชุติปัญญาภรณ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน. พุทธชินราชเวชสาร 2561; 35: 348-360.
4. โรงพยาบาลบางระกำ. รายงานประจำปีโรงพยาบาลบางระกำ 2563. พิษณุโลก: โรงพยาบาลบางระกำ; 2563.
5. วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้บนนักปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ตาปลา พับลิเคชั่น จำกัด; 2548.
6. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20(6): 64-78.
7. Guba, E., & Lincoln, Y. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
8. ปฐมพร ศิริประภาศิริและสันติ ลาภเบญจกุล. (บรรณาธิการ). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
9. จิตสุดา บัวขาว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
10. พันธิ คำสาว วลัยภรณ์ กุลวงศ์ บุญยัง ชันทะหัด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2566; 26(2): 14-27.
11. พิรุณี สัพโส. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2566; 5(1): 169-183.
12. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ และสาธารณสุข. พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ ฟรันท; 2565.
13. กิเร็น โซนี่ นลวันท์ เชื้อเมืองพาน ภัทรี มณีนรัตน์ อรทัย มหาวงสนันท์. ผลของการให้ความรู้โรคเบาหวาน แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรายกลุ่มเทียบกับรายบุคคล ณ หน่วยบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2560; 9(2): 19-28.

14. อำนาจ บุญเครือชู ปาริชาติ กสญจนพังคะ. ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลลับแล. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2566; 10(1):73-91.
15. นวรัตน์ ชุติปัญญภรณ์ นงนุช โอปะ. ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับเอวันซีได้โดยสามารถหยุดรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2565; 16(2): 81-95.
16. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
17. สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ นิรัชรา ลิลละฮ์กุล เจษฎากร โนอินทร์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร, โรงพยาบาลสามง่าม พิจิตร. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 5(2), 90-100.
18. กาญจนา ปัญญาธร จุฬารัตน์ ดวงตาผา ขนิษฐา แก้วกัลยา รุ่งวิสา สว่างเนตร พวงผกา อินทร์เอี่ยม. ผลลัพธ์ของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนลงพุง โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี : การวิจัยเชิงผสมผสาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(1), 74-83.
19. ปองพล วรปานิ ญัฐพงษ์ เสียงกุล พิษณุพร สายคำทอง สุพัตรา จันทรแก้ว สุภาภรณ์ วงธิ ยุทธนา แยกคาย. การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2566; 10(2):1-14.
20. เนตรนภา บุญนาพิสาน สุภาพร แนวนุตร วรวรรณ์ ทิพย์วีริรมย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2565; 16(3): 47-59.
21. นันทิมา เนียมหอม. ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2556; 17(2), 438-452.
22. สุชานัน แก้วสุข สัตส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกหมอครอบครัวนครนนท์. PCFM 2020; 3(3), 59-72.
23. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(3), 515-522.

**การสอบสวนอุบัติเหตุหมุ่รถบัสทัศนศึกษาสองชั้น ชนกับรถยนต์คู่กรณีแล้วเสียหลักพุ่ง
ลงข้างทาง ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีลำโรง-ศรีนคร)
ตำบลปากน้ำ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย**

ศิริรัตน์ ดันไสว วท.ม.,

ทวีศักดิ์ ทองบุญ วท.ม.,

อนัญญา ชุ่มธิ พย.ม.

นพริทธิ์ อยู่น้อย ส.บ.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ (Received), 27 ธันวาคม 2567 วันแก้ไขบทความ (Revised), 25 เมษายน 2567

วันตอบรับบทความ (Accepted), 3 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

วันที่ 17 มีนาคม 2566 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก (สคร. 2) ได้รับรายงานข่าวการเกิดอุบัติเหตุหมุ่รถบัสทัศนศึกษาสองชั้น ชนกับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV คู่กรณี เสียหลักลงข้างทาง ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีลำโรง-ศรีนคร) ตำบลปากน้ำ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ทีมสอบสวนสคร. 2 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และหน่วยงานในพื้นที่ ลงพื้นที่สอบสวนในวันที่ 22-23 มีนาคม 2566 เพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดยรวบรวมข้อมูลเอกสารทางการแพทย์ สํารวจสถานที่ ยานพาหนะที่เกิดเหตุ สัมภาษณ์ผู้ประสบเหตุและผู้ให้การช่วยเหลือ วิเคราะห์ปัจจัยนำไปสู่การบาดเจ็บตามหลัก Haddon's Matrix Model ผลการสอบสวน พบผู้เสียชีวิต 2 ราย เป็นพนักงานบริการรถบัส 1 ราย ผู้โดยสาร 1 ราย และผู้บาดเจ็บ 42 ราย เป็นผู้โดยสาร 41 ราย และคนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV 1 ราย ผู้บาดเจ็บมีอายุระหว่าง 14-64 ปี ส่วนใหญ่บาดเจ็บตามขา และแขน เนื่องจากรับแรงกระแทกจากอุปกรณ์ภายในรถ คาดว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เกิดจากทัศนวิสัยในการมองเห็น เกิดเหตุช่วงเวลากลางคืน ไม่มีไฟส่องสว่าง ฟิล์มสีดำทึบ ถนนอยู่ระหว่างก่อสร้าง ไม่มีเส้นแบ่งช่องจราจร ไม่มีเส้นไหล่ทาง ไม่มีสัญญาณเตือนหรือป้ายเตือน ข้างไหล่ทางเป็นร่องระบายน้ำมีความลึกชัน และความผิดพลาดของผู้ขับรถบัสฯ ในการหักหลบทำให้พุ่งลงข้างทาง

คำสำคัญ : รถทัศนศึกษาสองชั้น, อุบัติเหตุทางถนน, จังหวัดสุโขทัย

**Investigation on injuries and deaths related to road traffic crash between a excursion bus
and SUV car on the highway No. 1318 (Srisamrong-Srinakhon), Pak Nam Subdistrict,
Sawankhalok District, Sukhothai Province**

Sirirat Tunsawai M.Sc.,

Taweesak Tongbu M.Sc.,

Anunya Chumthi M.N.S.,

Nobparak Yunoi B.H.S.

Office of Disease Prevention and Control Region 2,

Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

On March 17, 2023 Office of Disease Prevention and Control Region 2 Phitsanulok Province (ODPC2) received the reports of the accident about road traffic crashed between a excursion bus and SUV car on the highway No. 1318 (Srisamrong-Srinakhon), Pak Nam Subdistrict, Sawankhalok District, Sukhothai Province. Investigation team from ODPC2 associated with Sukhothai Provincial Health Office and agencies in the area join to investigate on March 22-23, 2023 to find out the prevention of accidents. By collecting medical documents, surveying the location and vehicles at the point of the accident. Interview victims and rescuers Analysis of factors which is cause of injuries according to Haddon's Matrix Model. Results of the investigation found 2 deaths consist with bus service employee 1 person and passenger 1 person, the injured 42 person consist with passengers 41 person and SUV driver 1 person. The injured person were between 14-64 years old, and most had injured to their legs and arms due to shock with equipment inside the vehicle. It is believed that the cause of this accident caused by visibility. It was happened on the night. There were no lights, opaque black film, and the road was under construction. There are no traffic lane lines. There is no road shoulder line. There are no warning signs or traffic signs. Along the road shoulder is a drainage ditch with a steep depth. An error of the bus driver in car swerving to crash down side of the road.

Key word: Double-decker excursion bus, road traffic accident, Sukhothai Province

1. บทนำ

วันที่ 18 มีนาคม 2566 เวลาประมาณ 07.30 น. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ว่าในวันที่ 17 มีนาคม 2566 เวลาประมาณ 23.30 น. มีอุบัติเหตุหมู่รถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น กลับจากทัศนศึกษาจังหวัดชลบุรีไปยังอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ชนกับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV เสียหลักพุ่งลงข้างทาง บนถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) หมู่ 11 ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีผู้บาดเจ็บ 42 ราย และเสียชีวิต 2 ราย ผู้ประสบเหตุเป็นคณะครูและนักเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอศรีนคร ทีมสอบสวนอุบัติเหตุ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบป้าเลา ที่ว่าการอำเภอสวรรคโลก องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ และสถานีตำรวจภูธรสวรรคโลก ได้ดำเนินการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนกรณีดังกล่าว ในวันที่ 22-23 มีนาคม 2566

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 ศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์
- 2.2 หาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์
- 2.3 หาแนวทางในการควบคุมป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกัน

3. วิธีการศึกษา

3.1 ศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากรายงานและสัมภาษณ์ผู้เห็นเหตุการณ์และผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย ได้แก่ 1) ปลัดอำเภอสวรรคโลก 1 ท่าน 2) เจ้าหน้าที่ตำรวจสังกัดสถานีตำรวจภูธรสวรรคโลก 1 ท่าน 3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบป้าเลา 2 ท่าน 4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวรรคโลก 2 ท่าน 5) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก 2 ท่าน 6) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ 1 ท่าน 7) ผู้ขับรถบัสทัศนศึกษา 2 ชั้น 1 ท่าน และ 8) ครูที่ประสบเหตุ 3 ท่าน

3.2 ศึกษาภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมผู้ขับขี่ พฤติกรรมผู้โดยสาร และลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดย

3.2.1 ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการเกิดอุบัติเหตุ จากการรวบรวมข้อมูลสภาพที่เกิดเหตุ ร่องรอยการเกิดอุบัติเหตุในที่เกิดเหตุ พฤติกรรมผู้ขับและผู้โดยสาร ข้อมูลใบอนุญาตขับ ประสิทธิภาพของผู้ขับขี่จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี สัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บและญาติ ผู้เห็นเหตุการณ์และผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย

3.2.2 รวบรวมข้อมูลบาดเจ็บและเสียชีวิต และประวัติการรักษา จากแฟ้มประวัติในโรงพยาบาล รายงานผลการชันสูตรศพ การสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บและญาติ และทบทวนบันทึกการรักษาของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลศรีนคร และโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย

3.4 ศึกษาด้านยานพาหนะ โดยสอบถามเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี ตำรวจสภาพรถหลังเกิดอุบัติเหตุ สภาพยางรถ เบาะที่นั่ง โครงสร้างรถ และอุปกรณ์ในรถ

3.6 ศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม โดยสำรวจเส้นทาง ถนน และสภาพแวดล้อมบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุ ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) หมู่ 11 ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร

3.7 วิเคราะห์เหตุการณ์ หาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยใช้ Haddon's matrix model

4. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา หมายถึง ผู้ขับรถจักรยานยนต์ศึกษา 2 ชั้น จำนวน 1 คน และผู้โดยสารรถบัส 43 คนและผู้ขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV 1 คน ในเหตุการณ์รถจักรยานยนต์ศึกษาสองชั้น ชนกับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV เสียหลักลงข้างทาง บนถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) หมู่ 11 ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ในวันที่ 17 มีนาคม 2566

5. เครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวน

แบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค มีการจัดเก็บข้อมูลทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สถานการณ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต สถานการณ์รักษา ยานพาหนะที่เกิดเหตุ อธิบายลักษณะการเกิดเหตุการณ์ การช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ ส่วนที่ 2 ข้อมูลยานพาหนะที่เกิดเหตุ และ ส่วนที่ 3 ข้อมูลถนน และสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์โดยใช้ Haddon's Matrix Model สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดเหตุ และสิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกันและแก้ไข

6. ผลการสอบสวน

6.1 ข้อมูลเบื้องต้นประเภทของยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ

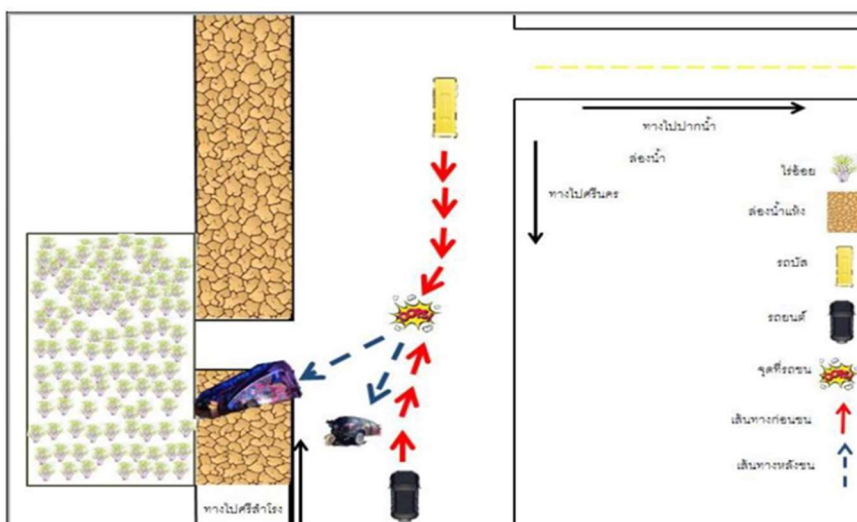
อุบัติเหตุครั้งนี้ประกอบด้วย รถ 2 คัน ได้แก่ 1) รถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น (รถจักรยานยนต์ศึกษา) 1 คัน จังหวัดสุโขทัย ประตูด้านขึ้น-ลง 2 ประตู จำนวนผู้โดยสารที่บรรทุกได้ 50 ที่นั่ง จำนวนเบาะผู้โดยสาร 49 ที่นั่ง และผู้ขับ 1 ที่นั่ง ผู้ประสบเหตุ 43 ราย ประกอบด้วยผู้ขับ 1 ราย พนักงานบริการบนรถ 1 ราย บุตรสาวผู้ขับ 1 ราย ครู 17 ราย และนักเรียน 23 ราย และ 2) รถยนต์ส่วนบุคคล SUV จังหวัดสุโขทัย มีผู้ขับ ประสบเหตุ 1 ราย

6.2 ภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุ

วันที่ 17 มีนาคม 2566 เวลาประมาณ 12.00 น. รถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 1 ราย พนักงานบริการบนรถ 1 ราย บุตรสาวผู้ขับ 1 ราย ครู 17 ราย และนักเรียน 29 ราย รวม 49 ราย ออกเดินทางจากจังหวัดชลบุรี พาคณะครูและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 กลับจากทัศนศึกษาสถานบันวิทยาศาสตร์ทางทะเล มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ไปส่งที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ระหว่างทางมีการจอดพักรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ และส่งผู้โดยสาร ประมาณ 10 ครั้ง ซึ่งผู้โดยสารลงจากรถก่อนถึงจุดเกิดเหตุ

จำนวน 6 ราย เวลาประมาณ 23.15 น. ถึงจุดเกิดเหตุบริเวณถนนทางหลวงหมายเลข 1318 (ศรีสำโรง-ศรีนคร) ใกล้สามแยกบ้านหนองวงเวียน หมู่ 11 ตำบลปากน้ำ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นถนน 2 เลน วิ่งสวนทางกัน อยู่ระหว่างปรับปรุงผิวจราจรเพื่อขยายถนนมีการ เทยางมะตอยเป็นระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร ยังไม่มีการตีเส้นแบ่งช่องทางจราจร และเส้นไหล่ทาง ไม่มีไฟส่องสว่าง มีป้ายเตือนก่อนถึงจุดปรับปรุงทั้ง 2 ฟัง มีรถยนต์ส่วนบุคคล SUV คนขับเพศชาย โดยสารมาเพียงคนเดียว ขับสวนมาเพื่อมุ่งหน้าไปยังอำเภอมือสองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โดยขับสายไปสายมา และเข้ามาในเลนของรถบัส 2 ชั้น บริเวณใกล้สามแยกปากน้ำ จากการสอบถามคนขับรถบัสทัศนศึกษา 2 ชั้น คนขับรถบัสทัศนศึกษา 2 ชั้น คาดการณ์ว่าคนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV จะเลี้ยวขวาไปทางตำบลปากน้ำ จึงเบี่ยงรถไปทางขวาเล็กน้อยแต่คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV ไม่ได้เลี้ยวทำให้รถบัส 2 ชั้น หักหลบไปยังเลนตรงข้าม และเลี้ยวชนกัน รถยนต์ส่วนบุคคล SUV จอดนิ่งในเลนตนเอง บริเวณส่วนหน้ารถยนต์เสียหายมาก ถูกลมนิรภัยทำงาน ส่วนรถบัส 2 ชั้น ตกลงข้างทางที่มีความสูงประมาณ 1-2 เมตร เนื่องจากเป็นแนวคูน้ำสำหรับใช้ทางการเกษตร มีความลาดชันประมาณ 60 องศา ส่วนหน้ารถโดยสาร กระแทกกับแนวคูน้ำจมไปในดิน ได้รับความเสียหายมากที่สุด เป็นเหตุให้ผู้เสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ 1 ราย เป็นพนักงานให้บริการบนรถ และบาดเจ็บ 43 ราย

เวลาประมาณ 23.25 น. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจและประสานต่อไปยังกู้ชีพ และโรงพยาบาล โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดสุโขทัย โดยรถปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ ALS (โรงพยาบาลศรีนคร โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย โรงพยาบาลสวรรคโลก) และรถปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ BLS (สมาคมหน่วยกู้ชีพอำเภอสุโขทัย มูลนิธิร่วมกตัญญูสวรรคโลก พิทักษ์ประชาภัย บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อำเภอมือสองสุโขทัย ชมรมวิริยะเมตตากู้ภัย จังหวัดสุโขทัย สมาคมกู้ชีพบางแก้ว บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อำเภอศรีสำดแล เทศบาลเมืองศรีสำดแล กู้ชีพปากน้ำ กู้ชีพย่านยาว) ลงพื้นที่เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยโรงพยาบาลศรีนคร ดำเนินการจำแนกผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตตาม ER Triage และเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตส่งโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย จำนวน 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย บาดเจ็บ admit 1 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อยรักษาและกลับบ้าน 2 ราย) โรงพยาบาลสวรรคโลก จำนวน 22 ราย (เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุออกชันสูตร 1 ราย บาดเจ็บ admit 7 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อยรักษาและกลับบ้าน 16 ราย) โรงพยาบาลศรีนคร (บาดเจ็บ admit 1 ราย และบาดเจ็บเล็กน้อยรักษาและกลับบ้าน 17 ราย) และไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลสุโขทัยด้วยตนเอง 1 ราย (คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV) รวมมีผู้เสียชีวิต 2 ราย และบาดเจ็บ 48 ราย โดยรวมระยะเวลาการช่วยเหลือประมาณ 6 ชั่วโมง เนื่องจากไม่มีแสงสว่างเพียงพอ ประจวบโดยสาร ตรงทางขึ้น-ลง และฝั่งพนักงานขับรถยนต์ไม่สามารถเปิดได้ ต้องมีการลำเลียงผู้บาดเจ็บจากประตูฉุกเฉินด้านท้ายรถ และใช้อุปกรณ์ตัดถ่าง รถยก และรถขุดดิน ให้ความช่วยเหลือพนักงานขับรถ และพนักงานให้บริการบนรถ ที่ติดอยู่ในส่วนด้านหน้า สรุปเหตุการณ์นี้มีผู้เสียชีวิต 1 ราย ณ จุดเกิดเหตุ เสียชีวิต ณ โรงพยาบาล 1 ราย ผู้บาดเจ็บพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 7 ราย ปฏิเสธการรักษา 1 ราย (คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV)



ภาพที่ 1 จำลองเหตุการณ์ขณะเกิดอุบัติเหตุ



ภาพที่ 2 สภาพรถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น (รถบัสทัศนศึกษา) และรถยนต์ส่วนบุคคล SUV

6.3 การศึกษาพฤติกรรมผู้ขับขี่ พฤติกรรมผู้โดยสาร

6.3.1 ผู้ขับขี่รถโดยสาร เพศชาย อายุ 38 ปี เป็นผู้ขับขี่คนเดียวตลอดระยะทาง (ไป-กลับ) ระยะทางจากจังหวัดสุโขทัย-จังหวัดชลบุรี ออกเดินทางวันที่ 16 มีนาคม 2566 เวลา 05.00 น. จากอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ถึงจังหวัดชลบุรี พักค้างคืน 1 คืน และเดินทางกลับวันที่ 17 มีนาคม 2566 ออกเดินทางจากจังหวัดชลบุรี เวลา 12.00 น. รวมระยะทางไป-กลับ ประมาณ 1,100 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 9-10 ชั่วโมง ผู้ขับขี่มีใบอนุญาตขับรถโดยสารประเภท 3 ทำงานเป็นพนักงานขับรถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น (นำเที่ยว ทัศนศึกษา คูงาน) มีประสบการณ์ขับรถโดยสารไม่ประจำทางมากกว่า 10 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ขณะขับรถคาดเข็มขัดนิรภัย ขับรถไม่เร็วมาก เนื่องจากรถติดระบบ GPS จำกัดความเร็วและได้รับการพักผ่อนเพียงพอ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ได้รับบาดเจ็บสาหัสบริเวณลำตัวช่วงล่าง เนื่องจากอัดกับตัวรถ ตู้ชีพ ตู้ภัย ใช้อุปกรณ์ตัดถ่าง รถตักดิน ให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

6.3.2 ผู้โดยสาร และพนักงานบริการบนรถโดยสาร ผู้โดยสารเป็นคณะครูและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 รายละเอียด ดังนี้

ผู้โดยสาร

- ครู จำนวน 11 ราย (เพศชาย 3 ราย เพศหญิง 8 ราย)
- นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 29 ราย (เพศชาย 19 ราย เพศหญิง 10 ราย)

อายุระหว่าง 14-16 ปี

- พนักงานขับรถโดยสาร เพศชาย 1 ราย อายุ 21 ปี
- บุตรของผู้ขับขี่รถโดยสาร เพศหญิง 1 ราย **อายุ 2 ปี**

จากการสัมภาษณ์ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

- ก่อนเกิดอุบัติเหตุ มีผู้โดยสารนั่งบริเวณชั้นบน และชั้นล่าง ผู้โดยสารส่วนใหญ่ไม่ได้หลับ เนื่องจากใกล้ถึงจุดหมาย และระหว่างทางมีการแวะปั๊มน้ำมัน และจอดส่งผู้โดยสารลงระหว่างทาง มีการสลับที่นั่งกัน

- ขณะเกิดอุบัติเหตุ มีผู้โดยสารได้รับการกระแทกจากตัวเบาะ และอุปกรณ์ภายในรถ เนื่องจากเบาะหลุดออกจากพื้น และไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย

- หลังเกิดอุบัติเหตุ มีผู้โดยสารรู้สึกตัวและบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เดินออกจากตัวรถ โดยสารได้เองภายหลังกู้ชีพ กู้ภัย เปิดประตูฉุกเฉินด้านหลังรถโดยสาร จำนวน 33 ราย บางส่วนหัวแตก มีบาดแผล แต่รู้สึกตัวและกู้ชีพ กู้ภัย สามารถยกลำเลียงคนบาดเจ็บปานกลาง 7 ราย ผู้บาดเจ็บสาหัสเพศหญิง อายุ 15 ปี ศีรษะ และลำตัวกระแทกกับอุปกรณ์บนรถ หัวติดกับราวเหล็กตรงบันได ต้องใช้อุปกรณ์ตัดเหล็กออก 1 ราย และนำตัวส่งโรงพยาบาล (เสียชีวิตที่โรงพยาบาล) ผู้บาดเจ็บสาหัสพนักงานบริการบนรถโดยสาร เพศชาย อายุ 21 ปี ถูกอัดกับรถ กู้ชีพ กู้ภัย ใช้อุปกรณ์ตัดถ่าง รถตักดิน นำร่างออกมาจากรถโดยสาร 1 ราย

6.3.3 ผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล SUV เป็นเพศชาย อายุ 64 ปี สวมแว่นสายตา เดินทางมาจากอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เพื่อกลับบ้านที่อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จากการซักถามผู้โดยสาร ผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล SUV ขับสายไปสายมาและเข้ามาในเลนของรถโดยสาร บริเวณใกล้สามแยกปากน้ำ เป็นเหตุให้ชนกับรถโดยสาร รถยนต์ส่วนบุคคล SUV จอดนิ่งในเลนตนเอง บริเวณส่วนหน้ารถยนต์เสียหายมาก ถูกลมนิรภัยทำงาน ส่วนรถบัสทัศนศึกษา ตกลงข้างทางที่มีความลึกประมาณ 1-2 เมตร จากผิวดิน ผู้ขับขี่รถยนต์ส่วนบุคคล SUV ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ และหน้าอกสามารถเดินออกจากรถได้ บุตรสาวมารับไปรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัย

6.3.4 ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต

จากอุบัติเหตุครั้งนี้ มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ทั้งหมด 44 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 1 ราย (พนักงานให้บริการบนรถโดยสาร) เสียชีวิตที่โรงพยาบาล 1 ราย (นักเรียนหญิง) บาดเจ็บ 42 ราย (พนักงานขับรถโดยสาร 1 ราย บุตรสาวพนักงานขับรถโดยสาร 1 ราย ครู 17 ราย นักเรียน 22 ราย และคนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV 1 ราย) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บขณะเกิดเหตุ มี 4 ระดับ คือผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน จำนวน 1 ราย ปานกลาง 7 ราย และผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง 34 ราย เข้ารับการรักษาที่ รพ.ศรีสังวรสุโขทัย รพ. สวรรคโลก และรพ. ศรีนคร มีผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ 39 ราย

ปฏิเสธการรักษาไปรักษาตัวที่ รพ. สุโขทัย 1 ราย คือ คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยที่ศีรษะ ญาติมารับ ณ จุดเกิดเหตุ ผลตรวจแอลกอฮอล์ด้วยวิธีเป่า ของวันที่ 18 มีนาคม 2566 เวลา 9.00 น. ไม่พบปริมาณแอลกอฮอล์ และอยู่ระหว่างรักษาที่รพ. ศรีสังวรสุโขทัย 1 ราย ขอส่งตัวไปรักษาที่ รพ. มหาวิทยาลัยนเรศวร 1 ราย ผู้บาดเจ็บระดับถูกเงินเร่งด่วน มีแผลฉีกขาดได้เข้าข่ายขนาดใหญ่ ขาซ้ายผิดรูป และมีแผลฉีกขาด กระดูกโพล่งบริเวณข้อเท้าซ้าย ผู้บาดเจ็บระดับปานกลางส่วนใหญ่มีอาการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ มีแผลตามร่างกาย และปวดบริเวณขา สะโพก ผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มีอาการบาดเจ็บฟกช้ำ บริเวณแขน ขา หลัง ผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บที่มีการรุนแรง นั่งบริเวณด้านหน้า และที่นั่งติดกับบันไดทางขึ้น-ลง ส่วนกลาง



ภาพที่ 3 แสดงตำแหน่งที่นั่งภายในรถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น

6.4 ศึกษาสภาพยานพาหนะ

6.4.4 รถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น ทะเบียนสุโขทัย มีประตูขึ้น-ลงด้านหน้า 1 ประตู และด้านข้าง 1 ประตู ประตูถูกเงิน 2 ประตู (ตรงกลาง และด้านหลังรถ) จำนวนผู้โดยสารบรรทุกได้ 50 ที่นั่ง จำนวนเบาะผู้โดยสาร 49 ที่นั่ง และผู้ขับขี่ 1 ที่นั่ง ทำประกันภัยภาคบังคับ (พ.ร.บ.) 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 คุ้มครองวันที่ 30 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 และฉบับที่ 2 คุ้มครองวันที่ 30 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2566 และทำประกันภัยภาคสมัครใจ ประเภท 3 คุ้มครองวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน 2566 หลังเกิดอุบัติเหตุ พบว่า สภาพด้านหน้าได้รับความเสียหายอย่างหนัก ยางรถไม่ได้รับความเสียหาย มีสภาพพร้อมใช้งาน ผลัดเมื่อปี 2021 จำนวนเบาะที่นั่งชั้นบน 39 ที่นั่ง แบ่งออกเป็นที่นั่งฝั่งด้านขวา จำนวน 9 แถว ๆ ละ 2 ที่นั่ง รวม 18 ที่นั่ง ฝั่งด้านซ้าย จำนวน 5 แถว ๆ ละ 2 ที่นั่ง รวม 10 ที่นั่ง ฝั่งด้านซ้าย หลังบันได จำนวน 3 แถว ๆ ละ 2 ที่นั่ง รวม 6 ที่นั่ง และแถวด้านหลัง 1 แถว จำนวน 5 ที่นั่ง มีเข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง พบที่นั่งหลายจุดหลุดออกจากจุดยึด ชั้นล่างเป็นแบบโซฟาโต๊ะกลม (มีเข็มขัดนิรภัยบางที่นั่ง) มีห้องน้ำ และห้องเก็บสัมภาระ ข้อมูลความเร็วจาก GSP ก่อนจุดเกิดเหตุใช้ความเร็วประมาณ 70-80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ไม่พบถึงดับเพลิง

6.4.2 รถยนต์ส่วนบุคคล SUV ทะเบียนสุโขทัย สีดำ ทำประกันภัยภาคบังคับ (พ.ร.บ.) กับ บริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) คู่สมรถวันที่ 11 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 11 พฤษภาคม 2566 ติดฟิล์มสีดำทึบ หลังเกิดอุบัติเหตุพบว่า สภาพด้านหน้าได้รับความเสียหายอย่างหนัก ยางคู่หน้าแตก ถูกลม นิรภัยคู่หน้าทางออก

6.5 ผลการศึกษาถนนและสิ่งแวดล้อม

ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 ชนิดลาดยางมะตอย จำนวนเลน 2 ช่อง (สวนกัน) มีไหล่ทางเป็นทางตรง ผิวจราจรแห้ง ไม่มีเส้นและเครื่องหมายจราจรบนผิวทาง ใกล้เคียงบริเวณสามแยกบ้านวงเวียน หมู่ที่ 11 ตำบลปากน้ำ เป็นช่วงเวลากลางคืน ถนนอยู่ระหว่างการปรับปรุงสภาพ (อยู่ระหว่างรอการส่งมอบงาน) ไม่มีไฟหรือสัญญาณเตือนที่ชัดเจน ไม่มีเส้นแบ่งทางจราจร ไม่มีเส้นไหล่ทาง ข้างไหล่ทางเป็นร่องระบายน้ำทางการเกษตรที่มีความลึกจากผิวถนนประมาณ 1-2 เมตร ไม่มีป้ายเตือน ป้ายไฟ ไม่มีไฟให้แสงสว่าง และไม่มีต้นไม้บังทัศนวิสัย ไม่มีรอยเบรคของล้อบนพื้นผิวถนน



ภาพที่ 4 สภาพถนนและสิ่งแวดล้อม

7. มาตรการควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บ

ข้อสั่งการนายอำเภอสุวรรณภูมิ ให้บริษัททำถนนดำเนินการตีเส้นแบ่งช่องทางจราจรบนผิวทางชั่วคราว พร้อมติดตั้งป้ายเตือนให้เพียงพอและชัดเจน และอบต. ปากน้ำติดตั้งไฟส่องสว่างชั่วคราว

8. สรุปและวิจารณ์ผลการสอบสวน

รถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 2 ชั้น เป็นยานพาหนะที่ประชาชนนิยมใช้กันมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเดินทางระยะไกล อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดอุบัติเหตุย่อมส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจของศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย พบว่า รถโดยสาร 2 ชั้น มีความเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ารถโดยสารชั้นเดียวถึง 6 เท่า เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารที่จดทะเบียนชนิดเดียวกัน โดยสรุปสาเหตุหลักในเรื่องโครงสร้างและการออกแบบรถโดยสารตามหลักวิศวกรรมไม่เหมาะสมกับเส้นทางและถนนในประเทศไทย โดยอุบัติเหตุกลุ่มรถทัศนศึกษาของสถานศึกษา ตั้งแต่ปี 2558-2560 มีนักเรียนเดินทางทัศนศึกษา 1,600,000 คน ต้องจ้างรถ 40,000 คัน เดินทางในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ส่งผลให้รถไม่ได้หยุดพักหรือซ่อมบำรุง มีอุบัติเหตุเกิดรวม 26 ครั้ง เฉลี่ยปีละ 9 ครั้ง เฉพาะปี 2560 ปีเดียวเกิดอุบัติเหตุ 10 ครั้ง มีเด็กเสียชีวิตรวม 11 คน บาดเจ็บ 191 ราย⁽¹⁾ และจากข้อมูล

กรมการขนส่งทางบก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่ารถโดยสาร 2 ชั้น ประสบอุบัติเหตุทางถนน 284 คัน เฉลี่ยปีละ 56 ครั้ง หรือเฉลี่ยเดือนละ 5 ครั้ง ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รถโดยสารสาธารณะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือรถโดยสาร 1 ชั้น ร้อยละ 42.25 รองลงมาคือรถโดยสาร 2 ชั้น ร้อยละ 22.53 ข้อมูลการบาดเจ็บจากระบบเฟ้ระวังการบาดเจ็บ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566-17 มีนาคม 2566 ถนนทางหลวงหมายเลข 1318 ตำบลปากน้ำ อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น จำนวน 1 ครั้ง และการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดจากรถโดยสาร ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ขับขี่ ได้แก่ ขับตามหลังในระยะกระชั้นชิด ขับรถตัดหน้าในระยะกระชั้นชิด การพักผ่อนไม่เพียงพอ (หลับใน) ขับรถด้วยความเร็ว ไม่ชำนาญเส้นทาง ขับล้าเข้าไปในช่องทางฝั่งตรงข้าม⁽²⁾ ผู้โดยสารบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตเกิดจากไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และระบบความปลอดภัยต่าง ๆ ไม่อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์⁽³⁾ ซึ่งอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและพบการเสียชีวิตสูงจะเกิดในช่วงเวลากลางคือ ร้อยละ 56 และเกิดบนถนนทางตรง ร้อยละ 67.00⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นเวลากลางคืนและบนถนนทางตรง โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือ ถนนมีการก่อสร้างทำถนนใหม่ ไม่มีเส้นแบ่งทางจราจร ไม่มีเส้นไหล่ทาง ข้างไหล่ทางเป็นร่องระบายน้ำทางการเกษตรที่มีความลึก ไม่มีไฟส่องสว่าง อย่างไรก็ตาม สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้เกิดจากทัศนวิสัยในการมองเห็นไม่ดี ถนนอยู่ระหว่างการก่อสร้าง และความผิดพลาดของผู้ขับรถบรรทุกทัศนศึกษา 2 ชั้น ในการหักหลบทำให้พุ่งลงข้างทาง เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ 1 ราย เสียชีวิตที่โรงพยาบาล 1 ราย และบาดเจ็บ 42 ราย จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ สรุป การศึกษาปัจจัยเสี่ยงตามสภาพคนรถ ถนนและสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยการวิเคราะห์ตามหลัก Haddon's Matrix Model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตในครั้งนี้

ระยะการเกิดเหตุ	ปัจจัยด้านบุคคล	ปัจจัยด้านพาหนะ	ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทาง กายภาพ/ทางสังคม
ก่อนเกิดเหตุ	คนขับรถโดยสาร - ขับรถระยะทางไกล ไม่มีคนขับเปลี่ยน ผู้โดยสาร - ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย - สลับตำแหน่งที่นั่ง คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV - ชายอายุ 64 ปี สวมแว่นสายตา	รถโดยสาร - รถโดยสารไม่ประจำทาง ปรับอากาศ 2 ชั้น รถยนต์ส่วนบุคคล SUV - ติดฟิล์มสีดำทึบ	- ถนนทางตรง อยู่ระหว่างก่อสร้าง - จำนวนเลน 2 ช่อง (สวนกัน) - ไม่มีสัญญาณเตือน - ไม่มีเส้นแบ่งทางจราจร - ไม่มีเส้นไหล่ทาง - ข้างไหล่ทางเป็นร่องระบายน้ำลาดชัน - ไม่มีไฟให้แสงสว่าง
ขณะเกิดเหตุ	คนขับรถโดยสาร - อัดติดกับที่นั่งหน้ารถและไม่สามารถใช้เครื่องตัดถ่วงนำตัวคนขับออกมาได้เนื่องจากบริเวณหน้ารถชนกับคันดินสูง ผู้โดยสาร - พนักงานบริการบนรถโดยสารนั่งข้างคนขับเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 1 ราย โดยถูกแรงกระแทกอัดติดกับบริเวณหน้ารถ - นักเรียนหญิง เสียชีวิต 1 ราย นั่งบริเวณชั้น 2 ติดกับราวบันได ได้รับแรงกระแทกจากอุปกรณ์ในรถ ขาดติดกับราวกัน ต้องใช้เครื่องมือตัดราวกัน	รถโดยสาร - ไม่สามารถควบคุมรถให้อยู่ในเส้นทางได้ เสียหลักพุ่งลงคูน้ำและชนเข้ากับคันดิน	

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตในครั้งนี้ (ต่อ)

ระยะการเกิดเหตุ	ปัจจัยด้านบุคคล	ปัจจัยด้านพาหนะ	ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทาง กายภาพ/ทางสังคม
ขณะเกิดเหตุ (ต่อ)	คนขับรถโดยสาร - ผู้โดยสารที่บาดเจ็บเล็กน้อย ได้รับอันตรายจากแรงกระแทก คนขับรถยนต์ส่วนบุคคล SUV - ขับรถล้ำเข้าไปในช่องทางฝั่งตรงข้าม - บาดเจ็บเล็กน้อยบริเวณศีรษะ	รถโดยสาร - ไม่สามารถควบคุมรถให้อยู่ในเส้นทางได้ เสียหลักพุ่งลงคูน้ำและชนเข้ากับคันดิน	
หลังเกิดเหตุ	คนขับรถโดยสาร - บาดเจ็บรุนแรงบริเวณลำตัวช่วงล่าง เนื่องจากอัดกับตัวรถ ใช้อุปกรณ์ตัดถ่างรถตัดดิน ให้การช่วยเหลือและนำส่งรพ. ศรีสังวรสุโขทัย ผู้โดยสาร - ผู้บาดเจ็บสาหัส ศีรษะ และลำตัวกระแทกกับอุปกรณ์บนรถ เฝ้าติดกับราวเหล็กตรงบันได ต้องให้อุปกรณ์ตัดเหล็กออก 1 ราย และนำตัวส่งโรงพยาบาล - ผู้เสียชีวิต ถูกอัดกับรถ กู้ชีพ กู้ภัย ใช้อุปกรณ์ตัดถ่าง รถตัดดิน นำร่างออกมาจากรถโดยสาร 1 ราย	รถโดยสาร - เสียหายส่วนด้านหน้ารถบริเวณคนขับ - เบาะที่นั่งผู้โดยสารชั้นบนหลุดออกจากจุดยึดหลายจุด - ราวกันบันไดทางขึ้นชั้นบนหลุดออก รถยนต์ส่วนบุคคล SUV - สภาพด้านหน้าได้รับความเสียหายอย่างหนัก ยางคู่หน้าแตก ถูกลมนิรภัยคู่หน้ากางออก	- บริเวณหน้ารถชนกับคันดินสูง จึงต้องใช้รถตัดดินออก และต้องใช้อุปกรณ์ตัดถ่าง เพื่อช่วยพนักงานขับรถ และพนักงานบริการบนรถโดยสาร - มีรถหน่วยงานให้ความช่วยเหลือหลายคัน รวมทั้งรถผู้ปกครอง ทำให้การจราจรติดขัด - ไม่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ระหว่างหน่วยงาน

8.1 ปัจจัยและข้อจำกัดในการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

8.1.1 ขาดเจ้าหน้าที่ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมยานยนต์มาวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ

8.1.2 การสอบสวนเหตุการณ์ อาจยังไม่ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากต้องใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน และข้อมูลจากผู้ประสบเหตุ เนื่องจากเป็นนักเรียนต้องใช้ทีมสหสาขาในการสัมภาษณ์ และการสอบสวนเชิงคดีกับการติดต่อญาติผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ

8.2 ข้อเสนอแนะสิ่งที่พบจากการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

8.2.1 พนักงานขับรถยนต์และผู้โดยสาร

1) ควรจัดทำผังระบุตำแหน่งผู้โดยสารแต่ละที่นั่ง และควรตรวจสอบตำแหน่งที่นั่งระหว่างทาง

2) ต้องเปลี่ยนคนขับเมื่อปฏิบัติงานติดต่อกันเป็นเวลา 4 ชั่วโมง

3) กรณีนำนักเรียนไปทัศนศึกษา ควรปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการพานักเรียน และนักศึกษาไปนอกสถานศึกษา พ.ศ. 2562 อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะประเด็น

- ควรจัดให้มีป้ายข้อความที่ระบุโครงการ กิจกรรม และสถานศึกษา แสดงให้เห็นเด่นชัดติดที่ด้านข้างรถ และมีหมายเลขกำกับติดที่ด้านหน้าและด้านหลังในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน

- ผู้ควบคุมและผู้ช่วยควบคุม ควรกำกับ ดูแล ให้นักเรียน อยู่ในระเบียบวินัยเพื่อให้การเดินทางเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและปลอดภัย เช่น การตรวจสอบการคาดเข็มขัดนิรภัย

- ควบคุมยานพาหนะเดินทางตามเส้นทางที่กำหนดในแผนการเดินทาง ใช้ความเร็วตามกฎหมายว่าด้วยการจราจรอย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการเดินทางเวลากลางคืน

4) จัดให้มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ระหว่างหน่วยงาน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกสหสาขาวิชาชีพ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกัน กรณีเกิดเหตุการณ์บริเวณรอยต่อระหว่างอำเภอ เพื่อให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

8.2.2 ยานพาหนะ

การเลือกรถสำหรับทัศนศึกษาควรเลือกรถโดยสารไม่ประจำทางปรับอากาศ 1 ชั้น เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บรุนแรง

8.2.3 ถนน

มีการเฝ้าระวังจุดเสี่ยง และช่วงเวลาเสี่ยง มีการติดป้ายเตือน สัญญาณไฟเตือน ป้ายสะท้อนแสง และไฟให้แสงสว่าง ตลอดเส้นทางของถนนที่อยู่ระหว่างการปรับปรุง และเมื่อปรับปรุงถนนเสร็จเรียบร้อยแล้วควรทำแนวกันเพื่อป้องกันยานพาหนะตกลงข้างทาง

8.3 การนำไปใช้ประโยชน์

นำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนและข้อเสนอแนะ เสนอในการประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ/จังหวัด เพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการนำนักเรียนไปทัศนศึกษา

9. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ในการสนับสนุนการทำงาน และขอขอบคุณปลัดอำเภอสวรรคโลก เจ้าหน้าที่สถานีตำรวจภูธรสวรรคโลก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบป้าแล โรงพยาบาลสวรรคโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก และองค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ ที่ให้ข้อมูลในการขับเคลื่อนการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดสุโขทัย ตลอดจนผู้ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ทุกท่าน

10. เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย. สถานการณ์อุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก : http://www.roadssafetythai.org/edoc/doc_20181207124103.pdf
2. สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากรถโดยสารสาธารณะ ประจำปีงบประมาณ 2565. กรมการขนส่งทางบก. กระทรวงคมนาคม. 2565.
3. ญัฐกานต์ ไวยเนตร. แนวทางการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury Investigation). นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549.
4. มูลนิธิไทยโรดส์. สถานการณ์อุบัติเหตุรถชนวัตถุอันตรายข้างทาง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (ออนไลน์). 2556 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก <http://trso.thairoads.org/resources/5023/documents/roadsideobjectcrash.pdf>

การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ

องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์

พชร มาเทียน, น.ม.

ประทุม เมืองเป้, ส.ม. (ผู้วิจัยร่วม)

กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

วันที่รับบทความ (Received), 12 เมษายน 2567 วันแก้ไขบทความ (Revised), 3 พฤษภาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted), 16 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) 2) การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. และ 3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกรกฎาคม 2566 - มีนาคม 2567 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มี รพ.สต.ทั้งหมด 154 แห่ง ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. 62 แห่ง (40.26%) การถ่ายโอน รพ.สต. มี 2 รูปแบบ คือ 1) อำเภอที่มีการถ่ายโอนไปทุกแห่ง 1 อำเภอ และ 2) อำเภอที่มีการถ่ายโอนไปบางแห่ง 10 อำเภอ รูปแบบการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ.เพชรบูรณ์ คือ PHET MODEL ประกอบด้วย P:Participation คือกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม, H:Health Service คือกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพ, E:Empowerment คือกระบวนการเสริมพลัง และ T:Teamwork คือกระบวนการทำงานเป็นทีม ผลการพัฒนาฯ พบว่า ก่อนดำเนินการมีความพึงพอใจต่อการใช้อยู่รูปแบบฯ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการมีความพึงพอใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด, รูปแบบและกลไก, การประสานความร่วมมือ, มาตรฐานการให้บริการ

Corporation and Standard Monitoring in Health Service Model
Development of Tumbol Health Promoting Hospitals after Decentralization to The
Provincial Administrative Organization: A case study of Phetchabun Province

Pachara Matian, LL.B.

Pratoom Muangpe, M.P.H.

Legal Affairs Division Phetchabun Provincial Public Health Office, Muang District, Phetchabun Province

Health Insurance Group Phetchabun Provincial Public Health Office, Muang District, Phetchabun Province

Abstract

This participatory action research aimed to 1) Examine the situation regarding the devolution of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPH), 2) Develop a model for coordinating collaboration and overseeing the service standards of SHPH, and 3) Evaluate the effectiveness of the developed model for coordinating collaboration and managing service standards of SHPH following the decentralization to the Provincial Administrative Organization (PAO). Collecting data from July 2566 to March 2567, incorporating both quantitative and qualitative data collection methods. Quantitative data analysis was conducted utilizing descriptive statistics, qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings indicated that Phetchabun Province has a total of 154 SHPHs, with 62 (40.26%) of these establishments falling under the jurisdiction of the PAO. The devolution of SHPH manifests in two distinct models: 1) Districts where devolution has been implemented across all locations, represented by a single district, and 2) Districts where devolution has been selectively applied to certain locations. Within ten districts, the model for coordinating collaboration and overseeing service standards of SHPH, following the transfer of responsibilities to the PAO of Phetchabun Province, is termed the PHET MODEL consists of P: Participation, signifying the process of fostering involvement; H: Health Service, denoting the organization of health service systems; E: Empowerment, representing the process of strengthening capabilities; and T: Teamwork, indicating the process of collaborative effort. The outcomes of the development revealed that prior to implementation, satisfaction with the model was at a moderate level. Following the implementation, overall satisfaction increased to the highest level.

Keywords: Devolution, Sub-district Health Promoting Hospital, Provincial Administrative Organization, format and mechanism, Corporation, Standard in Health Service

1. บทนำ

การกระจายอำนาจ ดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 กำหนดไว้ในมาตรา 16 (19) ให้เทศบาล เมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเอง โดยให้มี อำนาจและหน้าที่ในการจัดการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 (19) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของ ประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โดย กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจ สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ใด ไม่พร้อมรับการถ่ายโอนก็ให้ถ่ายโอนให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดำเนินการ และเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2544 มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ระหว่าง ปี พ.ศ. 2551 – 2563 ดังนี้ พ.ศ. 2551 จำนวน 27 แห่ง, พ.ศ. 2555 จำนวน 28 แห่ง, พ.ศ. 2557 จำนวน 17 แห่ง, พ.ศ. 2559 จำนวน 5 แห่ง, พ.ศ. 2562 จำนวน 1 แห่ง พ.ศ. 2563 จำนวน 8 แห่ง รวมมีการถ่ายโอนทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวน สอน. และ รพ.สต. 9,787 แห่งทั่วประเทศ 1

การถ่ายโอน สอน.และ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ส่งผลต่อโครงสร้างการบริหารราชการเดิมของ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นราชการส่วนกลาง มีระบบการบริหารราชการ ตามโครงสร้างของระบบบริหารราชการแผ่นดินตามพระราชบัญญัติบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 และ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ที่กำหนดให้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นราชการส่วนกลาง และกำหนดให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นราชการส่วนภูมิภาคโดยในให้ สอน.และ รพ.สต. มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานที่มีผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับอำเภอที่มีอำนาจในการ ควบคุม สั่งการและเป็นผู้บังคับบัญชา เพื่อขับเคลื่อนงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์และเป้าหมายที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนดให้บรรลุผลตามตัวชี้วัด เมื่อมีการถ่ายโอน สอน. และรพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ซึ่งเป็น ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น จึงเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิไปสังกัดอยู่ กับ อบจ. ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจากเดิมที่เป็นระบบควบคุม สั่งการโดยระบบบริหาร ราชการส่วนกลาง คือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปเป็นระบบกำกับดูแลและสนับสนุน ส่งเสริม ให้ สอน.และ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. มีการจัดบริการเพื่อให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ตาม เกณฑ์ของ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ²

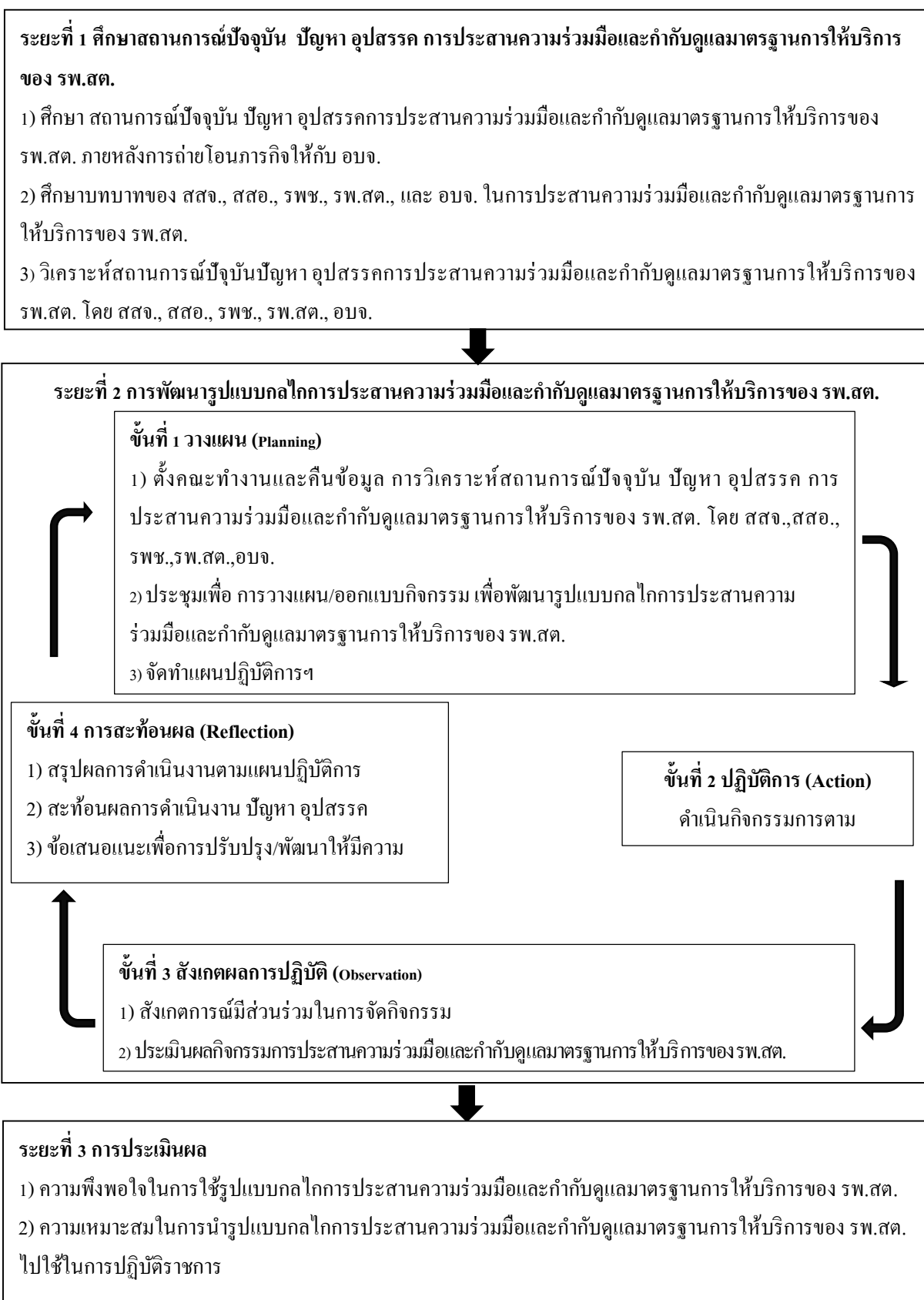
จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. เพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 62 แห่ง จากทั้งหมด 154 แห่ง³ จากการถ่ายโอนภารกิจ สอน.และ รพ.สต. ให้แก่ อบจ. บทบาทและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (สสจ.เพชรบูรณ์) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ของแต่ละอำเภอ ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ในการที่ต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่าง สสจ.และ สสอ. โรงพยาบาลแม่ข่าย(รพ.แม่ข่าย) ร่วมกับ อบจ.เพชรบูรณ์ รวมถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์ในระบบปฐมภูมิ ในการดูแลผู้ป่วยเชิงรุก การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สสจ.เพชรบูรณ์ จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท ไปเป็นการกำกับดูแล (Regulation) และ สนับสนุนส่งเสริม(Support and Promotion) ให้ขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.เพชรบูรณ์ ในระยะแรกของการดำเนินงาน พบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ด้านการประสานงานเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ซึ่งไม่สามารถประสานงาน การควบคุม และกำกับมาตรฐานการปฏิบัติงานได้โดยตรง ต้องใช้หลากหลายวิธีการทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อขอความร่วมมือในการรายงานผลการจัดบริการของ รพ.สต. รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีระบบและกลไกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ให้กับหน่วยงานทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ส่งผลให้การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ไม่มีความชัดเจน ระบบรายงานไม่มีประสิทธิภาพ ผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ไม่บรรลุเป้าหมาย³ รวมถึงการขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินการได้ครบทุกแห่ง ดังนั้น จึงต้องมีการศึกษาและวิจัยเพื่อหาแนวทาง รูปแบบกลไกในการขับเคลื่อนงานและการประสานความร่วมมือในการควบคุมกำกับมาตรฐานการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ การประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพชรบูรณ์
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์

3) เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์

3. กรอบแนวคิดของการวิจัย



การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค การประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้ คือผู้ที่มีประสบการณ์ในการประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2 คน องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ 2 คน รพช. 2 คน และรพ.สต. 2 คน

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบบันทึกรายการ ในการรวบรวมเอกสารรายงานวิจัย หนังสือ/ตำรา และสรุปผลการปฏิบัติงาน และ 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้ร่วมกับการบันทึกเสียง และรายการสังเกต (Observation Checklist) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ. โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ตามหลักของ Kemmis & McTaggart (1988) ⁴ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน(Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน(Action) 3) การสังเกตผล(Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) คือผู้ที่มีประสบการณ์ในการประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวน 12 คน ประกอบด้วยตัวแทนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3 คน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 คน, องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ 2 คน, รพช.2 คน และ รพ.สต.2 คน

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกรายการสังเกต (Observation Checklist) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ร่วมกับการบันทึกเสียง และการสังเกต

4.3 ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือผู้แทนในระดับจังหวัดและจากอำเภอที่ได้รับคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมในการใช้รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ประกอบด้วยใน รพ.สต., สสอ., สสจ., รพช., และ อบจ. จำนวน 20 คน และที่เข้าร่วมกิจกรรมในระยะที่ 2 จำนวน 12 คน รวมเป็น 32 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานฯ มีมาตรการจัด 5 ระดับ ดังนี้ 1= พึงพอใจน้อยที่สุด, 2=พึงพอใจน้อย, 3= พึงพอใจปานกลาง, 4= พึงพอใจมาก, 5= พึงพอใจมากที่สุด การแปลผลระดับความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51–5.00 = พึงพอใจในมากที่สุด, 3.51–4.50= พึงพอใจมาก, 2.51–3.50=พึงพอใจปานกลาง, 1.51–2.50=พึงพอใจน้อย, 1.00–1.50= พึงพอใจน้อยที่สุด

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion)

2) เครื่องมือและข้อมูลเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยใช้เทคนิค IOC (Index of item-objective congruence) ทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามความพึงพอใจ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ไปทดลองใช้กับ อบจ, สสจ., สสอ, รพช และ รพ.สต. จังหวัดพิษณุโลก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยถ้าได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) นำเสนอ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3) เครื่องมือและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้เทคนิค IOC (Index of item-objective congruence) ทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1 และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องโดยบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Member checks) มีบทบาทในการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล เพื่อสะท้อน

ความเป็นจริงของข้อมูลที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และการเปิดโอกาสให้มีการนำเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละประเด็น เพื่อนำมาปรับปรุงให้มีความถูกต้องและครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านบริบทของพื้นที่ (Context Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลส่วนอื่นๆ และแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการวิจัยในแต่ละประเด็นเสนอต่อกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบ และได้ร่วมกันยืนยัน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมกับเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อสร้างข้อสรุปผลการวิจัย

4.4 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสโครงการ สสจ.พช. 2/66 – 05 – 10/08/66

5. สรุปผลการวิจัย

5.1 ระยะที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มี รพ.สต.ทั้งหมด 154 แห่ง ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ รวมทั้งหมด 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.26 รูปแบบการถ่ายโอนไปมี 2 รูปแบบ คือ

- 1) อำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปทุกแห่ง จำนวน 1 อำเภอ
- 2) อำเภอที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปบางแห่ง จำนวน 10 อำเภอ โดยมี 2 อำเภอที่ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป ร้อยละ 50 และอีก 8 อำเภอ มี รพ.สต. ถ่ายโอนไป น้อยกว่า ร้อยละ 50

ปัญหาและอุปสรรคการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

1) ด้านบริหาร คือมีการแยกส่วนกันดำเนินงานและขาดการประสานงานร่วมกัน โดยเฉพาะการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ การบริหารยาและเวชภัณฑ์ บุคลากร งบประมาณ และกฎ/ระเบียบการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ในแต่ละอำเภอแตกต่างกัน

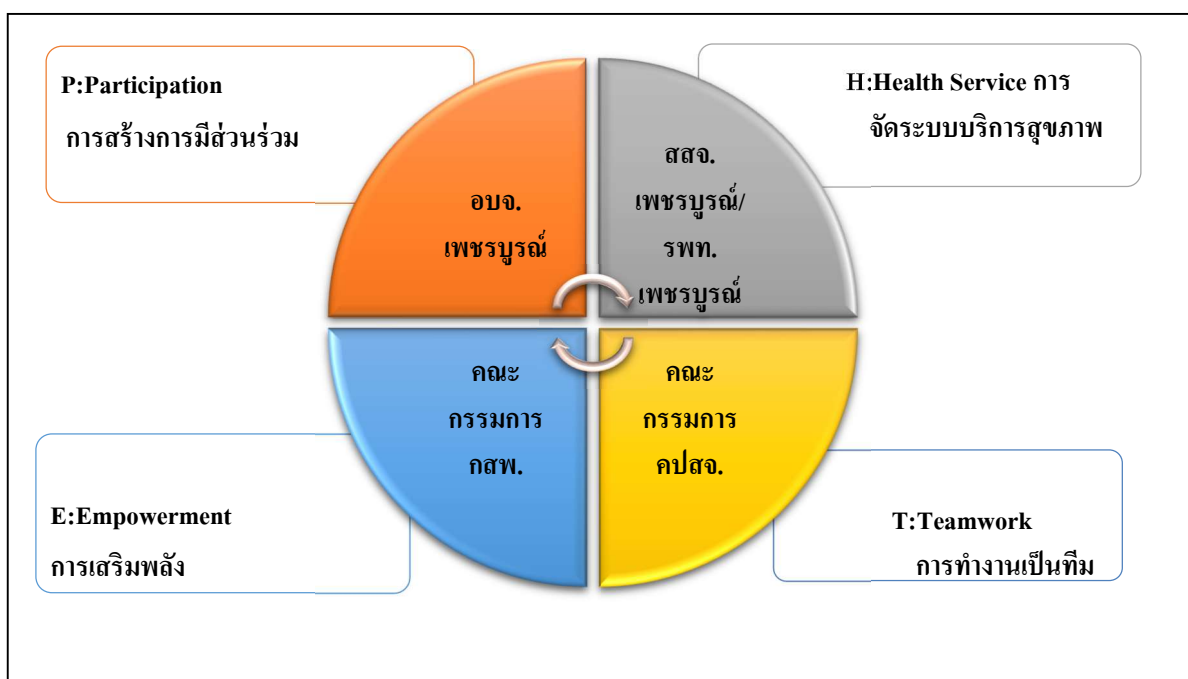
2) ด้านบริการ คือมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. /การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ การควบคุมกำกับ การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน แยกส่วนกันระหว่าง รพ.สต. ที่สังกัด สสจ. และ อบจ. ส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3) ด้านวิชาการ คือการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเกิดความเหลื่อมล้ำทางวิชาการ ในกลุ่มบุคลากรที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมเพื่อรับฟังชี้แจงหรือการฝึกอบรมจาก สสจ., สสอ., รพช. หรือ สปสช. เนื่องจากเปลี่ยนต้นสังกัดจาก สสจ. เป็น อบจ.

5.1 ระยะที่ 2

ผลการพัฒนา ได้รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ.เพชรบูรณ์ คือ PHET MODEL ดังนี้

P : Participation คือกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม, H:Health Service คือกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพ, E: Empowerment คือกระบวนการเสริมพลัง และ T:Teamwork คือกระบวนการทำงานเป็นทีม โดยมีการขับเคลื่อนและประสานงานร่วมกันในภาพรวมระดับจังหวัด ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด ดังนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุข คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เพื่อควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกันทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและระดับตำบล ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 PHET MODEL : รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ.เพชรบูรณ์

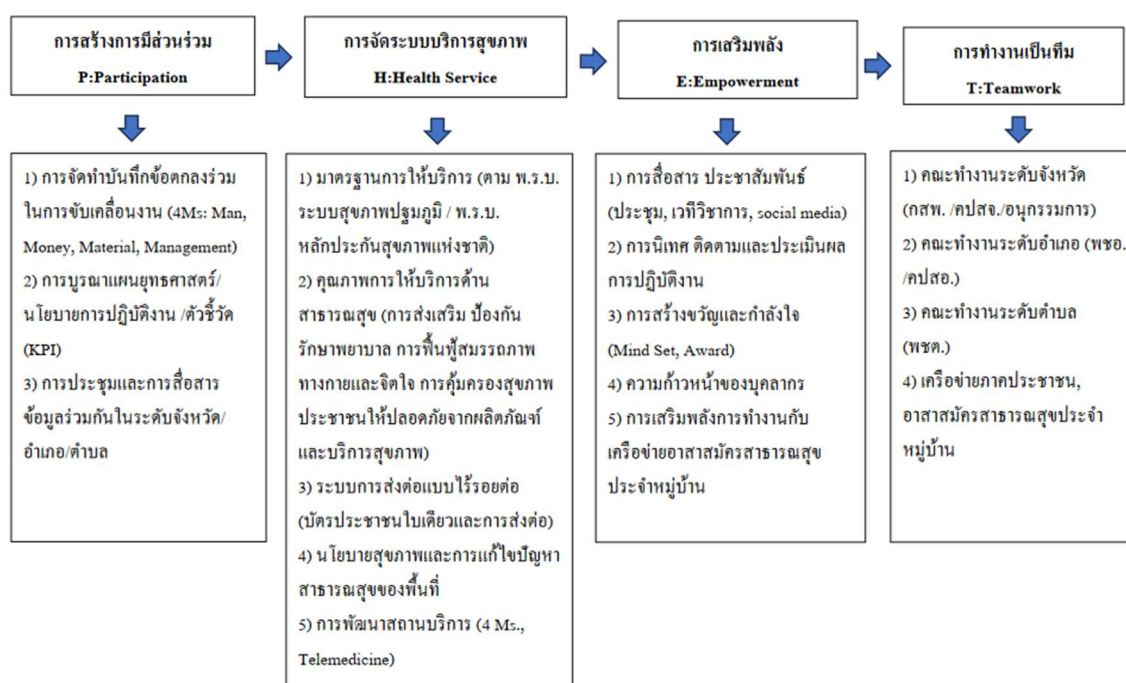
โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนงาน PHET MODEL ดังรูปภาพที่ 2 ดังนี้

P: Participation คือกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมในการขับเคลื่อนงาน 2) การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการปฏิบัติงาน และ3) การประชุมและการสื่อสารข้อมูลร่วมกันในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

H: Health Service คือกระบวนการจัดระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1) มาตรฐานการให้บริการ (ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ / พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) คุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข 3) ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ 4) นโยบายสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และ 5) การพัฒนาสถานบริการ

E: Empowerment คือกระบวนการเสริมพลัง ประกอบด้วย 1) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ 2) การนิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 3) การสร้างขวัญและกำลังใจ 4) ความก้าวหน้าของบุคลากร และ 5) การเสริมพลังการทำงานกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

T: Teamwork คือกระบวนการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย 1) คณะทำงานระดับจังหวัด ประกอบด้วย กสพ./คปสจ. และอนุกรรมการ 2) คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย พชอ./คปสอ. และ 3) เครือข่ายภาคประชาชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



รูปภาพที่ 2 กระบวนการขับเคลื่อนงาน PHET MODEL

5.3 ระยะที่ 3

1) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต.

ผลการประเมิน โดยผู้มีส่วนร่วมในการนำรูปแบบและกลไกฯ ไปใช้ พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.38 อายุเฉลี่ย 46.37(S.D.=9.29) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.75 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.75 ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การบริหารส่วนจังหวัด ร้อยละ 31.25 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 25.37(S.D.= 9.29) ปี

ด้านความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและกลไกฯ พบว่าก่อนดำเนินการ ภาพรวมและรายด้าน ทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.66$, S.D.=0.16) รายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด คือด้านองค์ประกอบของรูปแบบ ($\bar{x} = 4.50$, S.D.=0.29) และระดับมากที่สุด คือ ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ($\bar{x} = 4.71$, S.D.=0.19) และด้านผลของการนำรูปแบบไปใช้ ($\bar{x} = 4.76$, S.D.=0.22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐาน

รายด้านความพึงพอใจ	ก่อนดำเนินการ (n=32)			หลังดำเนินการ(n=32)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. องค์ประกอบของรูปแบบ	2.75	0.31	ปานกลาง	4.50	0.29	มาก
2. การนำรูปแบบไปใช้	2.79	0.15	ปานกลาง	4.71	0.19	มากที่สุด
3. ผลของการนำรูปแบบไปใช้	2.87	0.24	ปานกลาง	4.76	0.22	มากที่สุด
ภาพรวม	2.81	0.14	ปานกลาง	4.66	0.16	มากที่สุด

2) ความเหมาะสมในการนำรูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ไปใช้ในการปฏิบัติราชการ

ด้านบริหาร ผลการประเมินการใช้รูปแบบและกลไกฯ พบว่า มีโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจนกว่าปัจจุบัน และเมื่อนำรูปแบบฯ ไปใช้แก้ไขปัญหาอุปสรรคจากการบริหารงานที่เป็นปัญหา จากการให้สัมภาษณ์ของหัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ได้นำรูปแบบไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การเงิน และการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกิดขึ้น

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ สอน.และ รพ.สต.ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า สามารถแก้ไข ปัญหาการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เป็นผลสำเร็จ รวมถึงด้านอื่นๆ เช่น

“ทำให้มีการสร้างความเข้าใจ และมีการประสานงานกันมากขึ้น” ตัวแทน สสอ.2

“มีการนำเสนอข้อมูลจากการประชุมคณะกรรมการ กสพ. เพื่อแจ้งเวียนให้กับทุกหน่วยงาน รับทราบเช่น ในเวทีการประชุม กวป. ของจังหวัด หรือทำเป็นหนังสือแจ้งเวียนให้กับทุกหน่วยงานรับทราบ ซึ่งที่ผ่านมาขาดการถ่ายทอดต่อให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูล ที่ตรงกัน” ตัวแทน สสจ.1

“มีการสร้างสัมพันธภาพร่วมกันระหว่าง อบจ. และ รพ.สต. รพ. เพื่อป้องกันปัญหาการ กระทบกระทั้งกันในการทำงาน” ตัวแทน อบจ.1

ด้านบริการ ภายหลังการนำรูปแบบและกลไกฯ ไปปฏิบัติใน 3 อำเภอ คือ โชนเหนือ อำเภอ หล่มเก่า (มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง) โชนกลาง อำเภอหนองไผ่ และ โชนใต้ อำเภอวิเชียรบุรี มีการขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2542 ครบทุกแห่ง ทั้งในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดและในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการสนับสนุนทรัพยากรในการบริการ ประชาชนร่วมกัน ใน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีบุคลากรถ่ายโอนไม่ครบ เช่น รพ.สต.นาเฉลียง อ.หนองไผ่ ไม่มีบุคลากรด้านทันตกรรมถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด สาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ ได้ให้ บุคลากรทันตกรรม จาก รพ.สต.ท่าเยี่ยม ไปช่วยปฏิบัติงานเป็นบางวัน เพื่อให้การให้บริการด้านทันตกรรม ใน รพ.สต.นาเฉลียงที่มีการถ่ายโอนภารกิจ และยังไม่มีการปฏิบัติ หน้าที่ เช่น

“มีการวางแผนเพื่อพัฒนาโครงสร้างด้านบุคลากร เพื่อจัดให้มีบุคลากรครบตามเกณฑ์การ ให้บริการ” ตัวแทน อบจ. 1

“ด้านบุคลากร มีการเตรียมการคือรับสมัคร แพทย์แผนไทย และพยาบาล และมีการวางแผน ความก้าวหน้าในการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น” ตัวแทน อบจ. 2

“มีการทำงานให้เป็นเนื้อเดียวกันมากขึ้น โดยยึดตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และนโยบาย 3 หมอ” ตัวแทน สสอ.2

“มีการส่งเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขมาให้บริการเป็นบางวัน ที่ รพ.สต.” ตัวแทน รพ.สต.1

ด้านวิชาการ ภายหลังการนำรูปแบบและกลไกฯ ไปปฏิบัติร่วมกัน พบว่า บุคลากรทั้ง 2 สังกัด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการร่วมกัน โดยในการประชุมวิชาการหรือการนิเทศงานเพื่อเสริมพลัง และให้ความรู้ทางวิชาการ รพ.สต.ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน สาธารณสุขที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยังให้ความสำคัญ ตามการให้ข้อมูลของสาธารณสุขอำเภอ วิเชียรบุรี และสาธารณสุขอำเภอ

หนองไผ่ ที่ยังร่วมตรวจเยี่ยมและเชิญ เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด เข้าร่วมประชุมเป็นประจำทุกเดือน เช่น

“ตอนนี้ยังมีการร่วมตรวจเยี่ยม ประเมินและติดตามผลการดำเนินงานเหมือนเดิม เช่นเชิญ เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด เข้าร่วมประชุมเป็นประจำทุกเดือน รวมถึงการประชุมชี้แจงการดำเนินงานต่างๆ” ตัวแทน สสอ. 1

“การอบรมต่างๆที่เกี่ยวกับ รพ.สต. โรงพยาบาลก็เชิญตัวแทน รพ.สต. ทั้งหมดเข้าร่วมประชุมเหมือนเดิม” ตัวแทน รพช. 1

“ยังมีการให้คำปรึกษากับ รพ.สต. และรับส่งผู้ป่วยเหมือนเดิม” ตัวแทน รพ.สต. 2

6. การอภิปรายผล

6.1 สถานการณ์การถ่ายโอน สอน. และรพ.สต.

พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการถ่ายโอน รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 40.26 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การถ่ายโอนภาพรวมของประเทศ ที่พบว่าจะมีการถ่ายโอนที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของ อบจ. แต่ละจังหวัด¹ จากสถานการณ์การถ่ายโอน ของจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าในแต่ละอำเภอ มี รพ.สต. ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิเทศ สนั่นนารีและเดชา บัวเทศ⁶ ศึกษาเรื่อง รูปแบบการกิจด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ศึกษาใน 6 จังหวัด คือ สิงห์บุรี สระบุรี หนองบัวลำภู นครราชสีมา ศรีสะเกษ และปราจีนบุรี พบว่า อบจ. ทุกแห่งขาดความพร้อมในการปรับโครงสร้างเพื่อรองรับการถ่ายโอน และแต่ละจังหวัดมีรูปแบบการถ่ายโอนที่แตกต่างกัน การศึกษาของตุลยวดี หล่อตระกูล, อนุวัต กระสังข์ และธิดาภูมิ หมั่นมี⁷ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีความพร้อมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากทีมผู้บริหารและบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดความรู้ ความชำนาญ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการศึกษาของ วราภรณ์ ผ่องอ่วย และโชติ บัณฑิตรัฐ⁸ เรื่อง การศึกษาการเตรียมความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก มีข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. โดยเฉพาะด้านงบประมาณและด้านบุคลากรเนื่องจากมีบุคลากรบางส่วนไม่ได้โอนย้ายตามมา ปัญหาที่พบจากการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ.

จากผลการวิจัยและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องกันในเรื่องความพร้อมของ อบจ. ในด้านความรู้และความเข้าใจในภารกิจของ รพ.สต. ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมกำกับ ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน ไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกมิติเหมือนรูปแบบเดิมที่สังกัด กระทรวง สาธารณสุข ซึ่งจะขึ้นอยู่กับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของ รพ.สต. ที่ได้จัดทำไว้แล้วร่วมกับ อบจ.

6.2 รูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต.

ผลการวิจัยพบว่า ระบบและกลไกที่สำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. คือ เริ่มจาก กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม (P : Participation) เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานรับทราบข้อมูลร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบและจัดระบบบริการสุขภาพ(H:Health Service) ที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด และการเสริมพลัง (E: Empowerment) เป็นการสร้างขวัญและ กำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน รวมถึงการทำงานเป็นทีม (T:Teamwork) จะช่วยส่งเสริม ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานและการประสานความร่วมมือด้านต่างๆร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้การ บริการด้านสุขภาพของประชาชน บรรลุเป้าหมายเดียวกันได้ทั้งในส่วน ของ รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. และ สสจ. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคมสัน พลศรีและคณะ⁹ เรื่องรูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามภารกิจ การถ่ายโอนอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ พบว่า ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จในการถ่ายโอนมากที่สุด คือด้านการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมและ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน การศึกษาของ การวิจัยของ วรพจน์ พรหมสัจยพรด และคณะ¹⁰ เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม มีข้อเสนอแนะจาก การวิจัย คือควรให้ทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน รูปแบบควรเป็นการ ประเมินในแต่ละอำเภอ ต้องการให้มีเวทีแลกเปลี่ยนกันระหว่างทีมประเมิน เพื่อกำหนดแนวทางการ ประเมินร่วมกัน โดยในระยะแรกควรประเมินผลกระทบต่อประชาชนจากระบบบริการของ รพ.สต. ที่ เปลี่ยนไป เน้นการนิเทศติดตามและแนะนำการดำเนินงานมากกว่าการประเมินผลลัพธ์ สอดคล้องกับ การศึกษาของพิรสิทธิ์ คำวนศิลป์และคณะ¹¹ เรื่อง การขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วน จังหวัด: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น มีข้อเสนอจากผลการวิจัยคือ 1)การเตรียมความ พร้อมด้านบุคลากรที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ให้มีพร้อมกับการปฏิบัติงานภายใต้โครงสร้างใหม่ 2)ด้าน ระบบบริหารจัดการ การติดต่อประสานงานและให้คำปรึกษา ในระยะยาว อบจ.แต่ละแห่งต้องกำหนด บทบาทที่ชัดเจนของ กองหรือสำนักสาธารณสุขให้มีบทบาทสำคัญในการดูแลภารกิจของ รพ.สต. 3)การ กำหนดสัดส่วนบุคลากรที่ทำหน้าที่ที่ ครอบคลุมภารกิจต่าง ๆ ให้มากขึ้น มีการประสานงานกันระหว่าง

รพ.สต. กับ อบจ. แบบไร้รอยต่อ 4) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง 5) มีการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้สอดคล้องกับความสามารถและกระชับเครือข่าย 6) การทำงานร่วมกันแบบประสานความร่วมมือถึงแม้ว่าในเชิงโครงสร้างจะแยกจากกันก็ตาม และที่สำคัญคือการปรับปรุงโครงสร้างและกฎระเบียบที่ อบจ. เคยใช้อยู่แต่เดิม ให้สอดคล้องกับบริบทโครงสร้างใหม่ที่ อบจ. มีส่วนงาน รพ.สต. กระจายอยู่ในพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัด ซึ่งกฎระเบียบเดิมออกแบบมาสำหรับ อบจ. ที่ส่วนงานรวมศูนย์ที่จุดเดียว ซึ่งความไม่เอื้อของกฎระเบียบนั้นส่งผลต่อความล่าช้าในการตัดสินใจ ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการประชาชน และการศึกษาของรณยานภิศ รัชตะวรรณและคณะ¹² เรื่องรูปแบบการบริการสุขภาพของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของ สอน. และ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนให้ อบจ. ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย การถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศสู่การปฏิบัติ ร่วมกับมาตรการควบคุม ประเมินผล และการกระตุ้นเสริมให้มีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับการหนุนเสริม ให้การบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงในการตอบสนองนโยบายการพัฒนาสุขภาพในแต่ละระดับและภาพรวม ของประเทศ

6.3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบกลไกการประสานความร่วมมือและกำกับดูแลมาตรฐานการให้บริการของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อบจ.

ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทั้งในระดับจังหวัดและผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอและตำบล มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบและกลไกฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรงรอง สิงห์ยะบุศย์¹³ เรื่องการพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าคปสอ.และสหวิชาชีพด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการจัดการยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ ทิวากรกฎ¹⁴ เรื่อง ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า บุคลากรมีความพอใจต่อการบริหารจัดการของ อบต. ที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนงบประมาณ และด้านการส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากร และการศึกษาของ นิเทศ สนั่นศรี และเดชา บัวเทศ⁶ เรื่องรูปแบบภารกิจด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่าการปฏิบัติงานของ รพ.สต. มีความอิสระ คล่องตัว สามารถเข้าถึงและแก้ไขปัญหาของชุมชนได้มากขึ้น

ซึ่งระดับความพึงพอใจ เป็นผลสะท้อนจากการมีส่วนร่วมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ที่ได้รับทราบถึงแนวทางการทำงานที่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด จึงจะส่งผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพในการให้บริการประชาชน ต่อไป

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ควรมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงเพื่อกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขร่วมกัน ในการจัดการยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ การจัดทำเกณฑ์และการควบคุมการปฏิบัติงานร่วมกัน สำหรับมาตรฐานในการปฏิบัติงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ

2) การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน สำหรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารสาธารณสุข ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย แยกต่างจากหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาในการจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) เพื่อเกิดความชัดเจนในการจัดสรรเงินแต่ละประเภทสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ

3) การปรับปรุงหรือแก้ไขกฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป อบจ.ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย เช่น ระเบียบการโอนเงินระหว่างหน่วยงาน การสนับสนุนเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยาระหว่างหน่วยงาน การสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ราชการระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น

7.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาถึงระบบบริหารจัดการด้านงบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อทราบถึงประสิทธิผลการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรค

2) ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่างๆของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

3) ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลการใช้งบประมาณและคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการถ่ายโอนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ รองนายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ ท้องถิ่นจังหวัดเพชรบูรณ์ คณะเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และคณะเจ้าหน้าที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้คำปรึกษาเชิงวิชาการในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

9. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามย์เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
2. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562. 2562 (2562,30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165-185.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. เอกสารอัดสำเนา; 2565.
4. Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
6. Nites Sanannaree, Decha Buathed. รูปแบบการกิจด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด. J Grad MCU KhonKaen Campus. 2024;11(1):91–101.
7. Tulyawadee Lortakul, Anuwat Krasang, Thitiwut Manmee. ความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. J Leg Entity Manag Local Innov. 2021;7(6):29–42.
8. Warapron Phongoui, Chot Bodeerat. การศึกษาการเตรียมความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก. J Mod Learn Dev. 2024;9(2):44–56.
9. คมสัน พลศรี, ศัญญา เคนาภูมิ, ภักดี โพธิ์สิงห์, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามภารกิจการถ่ายโอนอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2019;13(1):185–98.

10. วรพจน์ พรหมสัถยพรต, สุมัทนา กลางคาร, รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, เทอดศักดิ์ พรหมอาร์ักษ์, จตุพร เหลืองอุบล, และคณะ. ข้อเสนอเชิงนโยบายการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา จังหวัดมหาสารคาม [Internet]. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566 Feb [cited 2024 Apr 8] p. 266. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5920>
11. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, ศิริศักดิ์ เหล่าจันทาม, กฤษวรรณ โล่ห์วัชรินทร์, ปานปั้น รองหานาม. การขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น [Internet]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566 Jan [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5835>
12. รัถยานภิส รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, รุ่งนภา จันทรา, บุญประจักษ์ จันทรวิน, วัลลภา ดิษสระ, ปิยะพร พรหมแก้ว, และคณะ. รูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 [Internet]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2565 Sep [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5821>
13. วิรงรอง สิงห์ยะบุศย์. การพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอและสหวิชาชีพด้านสุขภาพในการจัดการยุทธศาสตร์สุขภาพ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2021;1(2):14–32.
14. วิไลลักษณ์ ทิवाกรกฎ. ความพึงพอใจและผลกระทบภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขให้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านปรก จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2022;41(4):437–48.

การพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมบัติ พึ่งทอง ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่รับบทความ (Received), 10 เมษายน 2567 วันแก้ไขบทความ (Revised), 27 พฤษภาคม 2567

วันตอบรับบทความ (Accepted), 27 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. เลือกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือ อสม. จำนวน 385 คน ผู้สูงอายุ ในชุมชน จำนวน 385 คน และบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 15 คน กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นประเมินผล เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและความรู้ของ อสม. ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.74 และมีความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test ระยะเวลาในการทำวิจัย กันยายน 2566 - มีนาคม 2567

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ร่วมวางแผนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของ ทีมสุขภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม.ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย 3) การดูแล ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพชุมชน (Stroke Care Team) โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. 4) การคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เมื่อสิ้นสุดการพัฒนาพบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่า ก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ ในชุมชน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของ อสม. อยู่ในระดับมากที่สุดและมาก ตามลำดับ รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นรูปแบบที่ดีสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่ง จะเห็นผลลัพธ์ในการลดอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Development of a Model for Stroke Prevention in the Elderly with Village Health Volunteer Participation in Chachoengsao Province

Sombat Tangtong M.P.H.

Chachoengsao Provincial Public Health Office

ABSTRACT

This action research aims to study the health literacy knowledge about risk factors and warning signs of stroke among village health volunteers (VHVs) in Chachoengsao Province. It develops and evaluates a model for preventing stroke in elderly people involving participation from VHVs. The study employed a three-group sample: 385 VHVs, 385 elderly individuals from the community, and 15 healthcare professionals. The model development process followed a three-stage approach: preparation, implementation, and evaluation. Validated research tools were employed, including a program for model development in elderly people and VHV health literacy questionnaires forms for health personnel. Data analysis included descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data. The questionnaire consisted a Cronbach's Alpha reliability of 0.74 and KR-20 reliability of 0.75. Paired-samples t-tests were employed to evaluate the significance of differences in pre- and post-development average scores. The study was conducted from September 2023 to March 2024.

The findings revealed a four-step model for stroke prevention in the elderly with VHV participation. It includes community situation analysis, operational planning, defining health team roles, developing VHV potential, providing stroke prevention care by the community health team, and exchanging knowledge about stroke care and prevention in the community. Following model development, VHVs demonstrated a statistically significant increase ($p < .05$) in their average health literacy score regarding stroke prevention knowledge. Additionally, health personnel and elderly people reported high levels of satisfaction. This model for preventing stroke in the elderly with VHV participation shows promise as a guideline for community

Keywords : Participation, Elderly, Stroke, Village health volunteers

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากที่สุด โดยที่ผู้รอดชีวิตอาจมีสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว/อัมพฤกษ์ อัมพาต และมีอาการสับสนได้ โดยอันตราย ความเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว รวมไปถึงการตีบของหลอดเลือดสมอง การอุดตันของหลอดเลือดสมองและการแตกของหลอดเลือดสมองที่เป็นสิ่งที่อันตรายและรุนแรงมากที่สุด โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากกว่า 101 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน และเกิดความพิการจากโรคอย่างถาวร จำนวน 5 ล้านคน สร้างผลกระทบกับครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้การเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร่วมด้วย⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 349,126 ราย มีผู้เสียชีวิต จำนวน 37,802 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในชนิดต่างๆ ได้แก่ การตีบ แตก และอุดตันของหลอดเลือดสมอง ให้มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7⁽²⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย สุขภาพจิตและทางด้านสังคม ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เชื้อชาติ ฐานะ สุขภาพจิตและทัศนคติของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพกายด้านจิตใจและด้านอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง และมีความเสื่อมจากความชราทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องให้การรักษาและดูแลสุขภาพเป็นเวลานาน เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁽³⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁴⁾ รวมไปถึงผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้⁽⁵⁾ มีผลทำให้แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁶⁾ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

จังหวัดฉะเชิงเทราอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ในปี 2563-2565 มีอัตราป่วยของโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร 462, 474 และ 540 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และปี 2565 สูงเป็นอันดับที่ 5 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6⁽⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการจากโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของรัฐบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วยและครอบครัวตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีการ

ดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา นั้น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ดูแลและดำเนินการหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ความรู้และมีการประเมินอาการและอาการแสดงเดือน รวมไปถึงการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพได้นั้นต้องได้รับการดูแลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้⁽⁸⁾ แต่หนึ่งในปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีประสิทธิภาพและไม่สำเร็จที่ผ่านมา คือ หน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางในการดูแลที่เป็นระบบ รวมไปถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการประเมินผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในชุมชน⁽⁹⁾ ซึ่ง อสม. ถือเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดกับประชาชนและเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลประชาชนขั้นพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ รวมไปถึงการดูแลและป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นเดียวกัน ทั้งนี้จากการสอบถาม อสม. ในการดำเนินงานในการประเมินและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และการประเมินผู้สูงอายุในชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ดีเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานตามคู่มือที่หน่วยงานกำหนดให้ก็ตาม อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับที่น้อย อาจส่งผลให้อัตราการเกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มมากขึ้นได้

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงปัญหาและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชน จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความรุนแรงในการเป็นโรคและส่งเสริมให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและสามารถจัดการเมื่อเกิดอาการ รวมถึงมีทักษะในการประเมินผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมไปถึงเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการดูแลและป้องกันการเกิดโรค รวมถึงทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. จังหวัด ฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกอำเภอ บางน้ำเปรี้ยว ซึ่งมีอัตราป่วยสูงด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยตำบลบางน้ำเปรี้ยว หมอนทอง บึง น้ำรักษ์ หลังจากนั้นสำรวจข้อมูลจาก อสม. โดยการทำแบบสอบถามก่อนการพัฒนารูปแบบฯ พร้อมทั้ง สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบฯ (ฉบับร่าง) ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ ดังนี้

1) จัดประชุมประธาน อสม. และบุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล เพื่อ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์

2) จัดเวทีเก็บข้อมูล ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ ฉบับร่าง เป็น ฉบับปรับปรุง รูปแบบการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ให้แก่ สมาชิก อสม. แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล ทราบ ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

3) พัฒนาศักยภาพ อสม. แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้าน สุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง โดยการให้ อสม. ทบทวนและฝึกทักษะการใช้แอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) และการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินความเสี่ยงและ การป้องกันแก่ อสม.

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ เกี่ยวกับการป้องกัน โรค หลอดเลือดสมอง โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดำเนินงานในการป้องกัน โรค หลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนและแนวทางการพัฒนา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการตัดสินใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างสถานการณ์จำลองให้แก่ อสม. พัฒนาทักษะการตัดสินใจในการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้ความรู้ อสม. เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม.

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการบอกต่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสร้างสถานการณ์จำลองให้แก่ อสม. ในการให้ข้อมูล ประชาสัมพันธ์ และให้คำแนะนำในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

4) ดำเนินการพัฒนาทักษะการประเมินผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความดูแลของ อสม. จำนวน 1 คน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ พร้อมทั้งให้ อสม. ปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CVD risk) แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ทั้ง 3 ตำบล ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

การดำเนินงานขั้นประเมินผลใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยให้ อสม. ตอบแบบสอบถาม หลังการพัฒนารูปแบบ
- 2) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุในชุมชน
- 3) ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุในชุมชน
- 4) วิเคราะห์ผลและสรุปผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม.

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูล

ขั้นเตรียมการ จำนวนประชากรของ อสม. ทั้งหมด 10,669 คน จากการเปิดตารางของ Krejcie and Morgan ⁽¹¹⁾ ต้องได้กลุ่มตัวอย่าง 370 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจาก 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลหมอนทอง ตำบลบึงน้ำรักษ์ และตำบลบางน้ำเปรี้ยว โดยเลือก อสม. ทุกคนรวมจำนวน 385 คน เพื่อทำแบบสอบถามก่อนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพ จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดย อสม. ต้อง

เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่ที่กำหนด มีประสบการณ์ในการเป็น อสม. ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ด้านบุคลากรทางด้านสุขภาพต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่กำหนดและมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และด้านของผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารได้ และอยู่ในเขตพื้นที่ที่กำหนดเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อสม.จำนวน 385 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน

ขั้นประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อสม. จำนวน 385 คน บุคลากรทางด้านสุขภาพ จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 385 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาการตัดสินใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการบอกต่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามของ อสม. แนวคำถามการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามของ อสม. ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากแบบสอบถามของลิลิต ศิริทรัพย์จันทน์ และคณะ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) คะแนนรวม 15 – 75 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากแบบสอบถามของสุสติ ก่อเจดีย์ และคณะและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบ

เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ (1) ไม่ใช่ (0) ไม่แน่ใจ (0) คะแนนรวม 0 – 10 คะแนน

2.2 แนวคำถามสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมของอสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2.3 แนวคำถามสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามปลายเปิด มีเนื้อหาการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการเตือน รูปแบบบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในชุมชน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแนวคำถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบถึงความครอบคลุมของเนื้อหาและประเด็นในการถามกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ส่วนที่ 2 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.74 และส่วนที่ 3 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และมีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Transcribed verbatim) จากนั้นสกัดข้อความที่สำคัญ กำหนดความหมายและหมวดหมู่ เมื่อข้อมูลมีความเหมาะสมและมากพอ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาคด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา หนังสือรับรองเลขที่ PH_CCO_REC 95/2566 ลงวันที่ 11 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนพัฒนารูปแบบ

1.1 การสำรวจข้อมูลจาก อสม. โดยการทำแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ พบว่า อสม. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.39 เพศชาย ร้อยละ 43.64 อายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 68.05 อายุเฉลี่ย 65.35 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.09 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 62.08 อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 51.69 เป็น อสม. ≥ 10 ปี ร้อยละ 64.94 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 20.54 ปี และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกัน ร้อยละ 72.73 โดยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.71 และไม่เคยประเมินผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 54.55

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อสม. ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า อสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 44.68 รองลงมาคือ ระดับดีร้อยละ 31.69 ระดับดีมาก ร้อยละ 22.34 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.29 ตามลำดับ และในภาพรวม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.31 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. (n = 385)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก (61 – 75 คะแนน)	86	22.34
ดี (54 – 60 คะแนน)	122	31.69
พอใช้ (45 – 53 คะแนน)	172	44.68
ไม่ดี (15 - 44 คะแนน)	5	1.29
Min =15, Max = 75, M = 52.31, SD = 2.35		

1.3 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่า อสม. มีระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.43 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.49 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ และในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.21 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของ
อสม. (n = 385)

ระดับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (7 - 10 คะแนน)	198	51.43
ปานกลาง (3 - 6 คะแนน)	179	46.49
ไม่ดี (0 - 2 คะแนน)	8	2.08
Min = 5, Max = 9, M = 8.21, SD = 2.30		

1.4 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสุขภาพ เกี่ยวกับ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาและในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลที่สำคัญ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาจะเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองที่ควรสังเกต ตามหลัก FAST ในช่วงที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่หน่วยบริการด้านสุขภาพ รวมไปถึงช่วงออกเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่ต้องติดตามการเยี่ยมบ้าน ก็จะมีการแนะนำร่วมกับทีมสุขภาพและอสม.บ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า “ที่ผ่านมาจะมีการบอก ให้ความรู้ แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่ รพ.สต. ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ให้เขาได้สังเกตตัวเอง ตามหลักของ FAST แล้วก็มีออกเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุที่ต้องออกติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและ อสม. ที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆ ก็จะมีการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมด้วย”

1.5 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลที่สำคัญ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง สังเกตอาการของโรค หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปากเบี้ยว ชาแขนขาให้รีบไปพบแพทย์ทันที ดังคำกล่าวที่ว่า “การดูแลก็มีหมอ เจ้าหน้าที่อนามัยนั้นแหละ ที่คอยบอก คอยเตือน สอนบ้างว่า มีอาการยังงี้ให้ไปหาหมอ พวกปากเบี้ยว ชาแขนขาอะไรประมาณนั้น” (นางนก 30 กันยายน 2566 ผู้สูงอายุกล่าว)

2. รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการที่ได้มาของรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม.

1) ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา (ฉบับร่าง) จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) จัดประชุมประธาน อสม. และบุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล เพื่อร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และพิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของรูปแบบการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัด ฉะเชิงเทรา (ฉบับร่าง)

3) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ (ฉบับร่าง) เป็น ฉบับปรับปรุง และนำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา (ฉบับปรับปรุง) ไปดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. แต่ละตำบล ทั้ง 3 ตำบล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา สรุปได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ANALYSIS AND PLANNING : การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ร่วมวางแผนการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพชุมชน

(2) HEALTH LITERACY EMPOWERMENT: การพัฒนาศักยภาพ อสม.ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย

(3) STROKE CARE TEAM: การดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพชุมชนโดย อสม. มีส่วนร่วมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้การดูแลกำกับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วย การค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมอง การให้คำแนะนำ เบื้องต้นหลังการคัดกรองภาวะสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมองและติดตามเฝ้าระวังเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรค รวมถึงการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเสี่ยงปานกลางหรือสูงให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ได้รับการรักษาและติดตามเช็กดูแลอย่างต่อเนื่อง

(4) SHARE DATA AND INFORMATION : การคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จังหวัดฉะเชิงเทรา

3.1 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองของ อสม. ในระยะก่อนและหลังการดำเนินการ (n = 385)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		T	p
	M	SD	M	SD		
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	52.31	2.35	72.3	1.36	19.99	.000
2. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	8.21	2.30	9.40	1.55	1.19	.000

3.2 ผลการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่า การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยให้ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นนั้น นับเป็นรูปแบบที่ดี เนื่องจากสถานการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค การดูแลที่ผ่านมานั้นการคัดกรองโรคเบื้องต้นด้วย CVD Risk จะทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้มีการประเมินความเสี่ยง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ขาดการให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และขาดการติดตาม เฝ้าระวัง เชื่อมดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้ความสำคัญกับ อสม.ในการช่วยคัดกรอง จะทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการคัดกรองที่เร็วขึ้น ทราบถึงความเสี่ยงในทันที สามารถใช้แอปพลิเคชันในการคัดกรองและทราบผลทันที แต่ต้องมีโทรศัพท์รวมถึงอินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งในปัจจุบันมีเกือบทุกหลังแล้ว

3.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีความยินดีที่ อสม.เข้ามาช่วยดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้สูงอายุ โดยบอกว่า “ดีใจที่ อสม.เข้ามาแนะนำ คัดกรอง รู้ถึงโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหลายอย่าง” “ถ้ามีโรคอื่นๆ ก็ดีนะแบบประเมินนะ” “อยากให้เข้ามาหาบ่อยๆ เงา” “ตาฉันยังได้อยู่ กรอกข้อมูลเองได้ในแอปพลิเคชันนี้ละ จะได้บอกเพื่อน”

3.4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางด้านสุขภาพต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M= 4.52, SD= 0.63$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางด้านสุขภาพต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. (n = 15)

ข้อคำถาม	M	SD	แปลผล
1. รูปแบบฯ ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกเพิ่มขึ้น	4.52	0.85	มากที่สุด
2. กิจกรรมของรูปแบบฯ มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่	4.25	0.63	มากที่สุด
3. กิจกรรมของรูปแบบฯ มีการส่งเสริมให้ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุในชุมชนได้	4.55	0.67	มากที่สุด
4. รูปแบบฯ สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.53	0.52	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.52	0.63	มากที่สุด

3.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $SD = 0.65$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. (n = 385)

ข้อคำถาม	M	SD	แปลผล
1. ท่านได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.13	0.85	มาก
2. กิจกรรมทำให้ท่านทราบเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.20	0.67	มาก
3. กิจกรรมส่งเสริมให้ท่านดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	4.02	0.22	มาก
4. กิจกรรมส่งเสริมให้ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	4.15	0.75	มาก
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.06	0.65	มาก

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ครั้งนี้ ได้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ สรุปได้ 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน ร่วมวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพชุมชน (Analysis and Planning) ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย คัดกรองและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมอง ให้คำแนะนำเบื้องต้นหลังการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การลดน้ำหนัก ลดรอบเอว ลดความดันโลหิต และ ติดตามเฝ้าระวังเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรค รวมถึงการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเสี่ยงปานกลางหรือสูงให้กับ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อได้รับการรักษาและติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย (Health Literacy Empowerment) เรื่องการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 3) การดูแลป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพชุมชน โดย อสม. (Stroke Care Team) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การจัดเวทีคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (Share Data Information) ทั้งนี้ ภายหลัง การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุในชุมชน มีความพึงพอใจของต่อรูปแบบการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมากที่สุดและมาก ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบ รู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽¹³⁾ ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลได้รับการพัฒนาทักษะที่สำคัญทางด้านการคิดและ ทักษะทางสังคมให้มีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูล รวมไปถึงการเข้าถึงข้อมูลต่างๆที่เหมาะสม จะช่วยให้ บุคคลมีความสามารถในการมีสุขภาพที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น⁽¹³⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณฐา เขียว ปิ้ว และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม. ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริรักษ์ ปานเกตุ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดยใช้ ชุมชน ด้วยแนวคิด 3 อ. 2 ส. ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับสูง แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .01$) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับมาก ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมเชิง รุกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่พัฒนาขึ้นนี้ขยายผลให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการในพื้นที่ที่มีปัญหา สุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเห็นผลลัพธ์ในการลดอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ต่อไป
2. ควรอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เรื่องความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกคนในพื้นที่ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรค

หลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีความรู้และทักษะในประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป

3. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถนำไปพัฒนาเพื่อดูแลผู้ป่วยในโรคอื่นๆ ที่เป็นประเด็นปัญหาของพื้นที่ โดยประยุกต์หลักสูตรให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในมิติต่างๆ เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบของการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม

3. ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular accident. 2023. [Internet]. [cited 2023 August 15]. Available from <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. สถิติโรคหลอดเลือดสมอง. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2566, 15 สิงหาคม]; เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/odpc11/news.php?news=38037&deptcode=odpc11>
3. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
4. กรรณา ประมุธสินทรัพย์ วัลภา สุนทรนัญ และวารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร. การรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2561; 24 (1): 41 – 54.
5. สุชาดา ธงชาย. ปัจจัยทำนายความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
6. จารุณี กันธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนางั่ว อำเภอมะนัง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9 (3): 19 – 35.
7. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดพะเยา. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566, 15 สิงหาคม]; เข้าถึงได้จาก https://medinfo.dms.go.th/public-health/page_kpi.php?kpi_year=2566

8. ศิริรักษ์ ปานเกตุ และพรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565; 7 (7): 132 – 148.
9. ศील เทพบุตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2563; 17 (3): 112 – 124.
10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่า ด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Psychological measurement 1970; 607 - 610.
12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 ระยะที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2561.
13. Nutbeam D. Health Literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International, 2000; 15 (3): 259-267.
14. ณฐา เชียงปัว วราภรณ์ บุญเชียง และศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร 256 ; 32 (2): 65 - 77.

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จังหวัดเพชรบูรณ์

ธิดิมา กิ่งกระโทก, ศ.ม.¹

วัฒนา ชยธวัช, ประ.ด.²

1. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์,

2. คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

วันที่รับบทความ (Received), 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 13 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted), 3 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน ปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือนจากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565 ด้วยวิธีบอซซ์และเจนกินส์ แบบจำลองฤดูกาล ARIMA หรือ SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) วิธีการแยกตัวประกอบแบบจำลองการคูณที่คำนวณดัชนีฤดูกาลตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (MMRMA) และแบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์แล้วแจกแจง ค่าพยากรณ์รายเดือนด้วยดัชนีฤดูกาลตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (GREYRMA) ผลการวิจัยพบว่า จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนค่อนข้างสม่ำเสมอในช่วงต้นปีถึงกลางปี และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนกันยายนและตุลาคม และแต่ละปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเลือกแบบจำลองจากเกณฑ์พิจารณาความแม่นยำด้วยค่าร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์เฉลี่ย (Mean Absolute Percentage Error, MAPE) เมื่อพิจารณาค่าจริงเทียบกับ ค่าพยากรณ์ในอดีต 240 เดือน แบบจำลอง SARIMA มี MAPE ร้อยละ 21.11 ต่ำกว่า MMRMA ร้อยละ 10.19 แต่เมื่อพิจารณาค่าพยากรณ์รายเดือน ปี พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบกับค่าจริงเดือน มกราคม ถึง ตุลาคม พบว่า มีค่า MAPE ของวิธี SARIMA, GREYRMA และ MMRMA ร้อยละ 63.32, 82.81, และ, 41.74 ตามลำดับ การพยากรณ์ด้วยแบบจำลอง MMRMA มีความใกล้เคียงกับข้อมูลจริงในปี พ.ศ. 2566 มากกว่า จึงเป็นค่าพยากรณ์ที่น่าจะยอมรับได้สำหรับเดือน พฤศจิกายน และธันวาคมที่เหลืออยู่

คำสำคัญ: การพยากรณ์อนุกรมเวลา, จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ, จังหวัดเพชรบูรณ์

Forecasting Pneumonia Incidents: Phetchabun Province

Thitima Kingkratoke, M.P.H.¹

Vadhana Jayathavaj, Ph.D.²

1. Communicable Disease Control Unit, Phetchabun Provincial Public Health Office., Phetchabun Province., 2. Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University, Pathum Thani Province.

Abstract

This research aims to forecast the number of monthly pneumonia patients in 2023 in Phetchabun Province. The number of monthly pneumonia patients from 2003 to 2022 came from the Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, using the Box and Jenkins method (Seasonal ARIMA or SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average), the decomposition method (the multiplicative model) (MMRMA), and the model based on Gray Systems Theory and distributing monthly forecast values with the seasonal index according to the ratio to moving average method (GREYRMA). The results showed that the number of patients was consistent from the beginning to the middle of the year and increased during September and October. In each year, there was a trend of increasing. Model selection was based on the accuracy criteria of mean absolute percentage error (MAPE). When considering actual values against forecast values over the past 240 months, the SARIMA model had a MAPE of 21.11 percent, lower than MMRMA by 10.19 percent. But when considering the monthly forecast values for the year 2023 compared to the actual values from January to October, it was found that the MAPE values of the SARIMA, GRAYRMA, and MMRMA methods were 63.32%, 82.81%, and 41.74%, respectively. Forecasting with the MMRMA model is closer to actual data for 2023 and therefore is an acceptable forecast for the remaining months of November and December.

Keywords: Time Series Forecasting, Pneumonia Incidents, Phetchabun Province

1. บทนำ

ปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8-10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบหายใจเฉียบพลัน เป็นสาเหตุ การตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปพบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่าชนิดของปอดอักเสบ จำแนกได้หลายแบบ ปัจจุบันนิยมจำแนกตามสภาพแวดล้อมที่เกิดปอดอักเสบเป็น ปอดอักเสบในชุมชน (community- acquired pneumonia - CAP) และปอดอักเสบในโรงพยาบาล (nosocomial pneumonia หรือ hospital-acquired pneumonia -HAP)⁽¹⁾

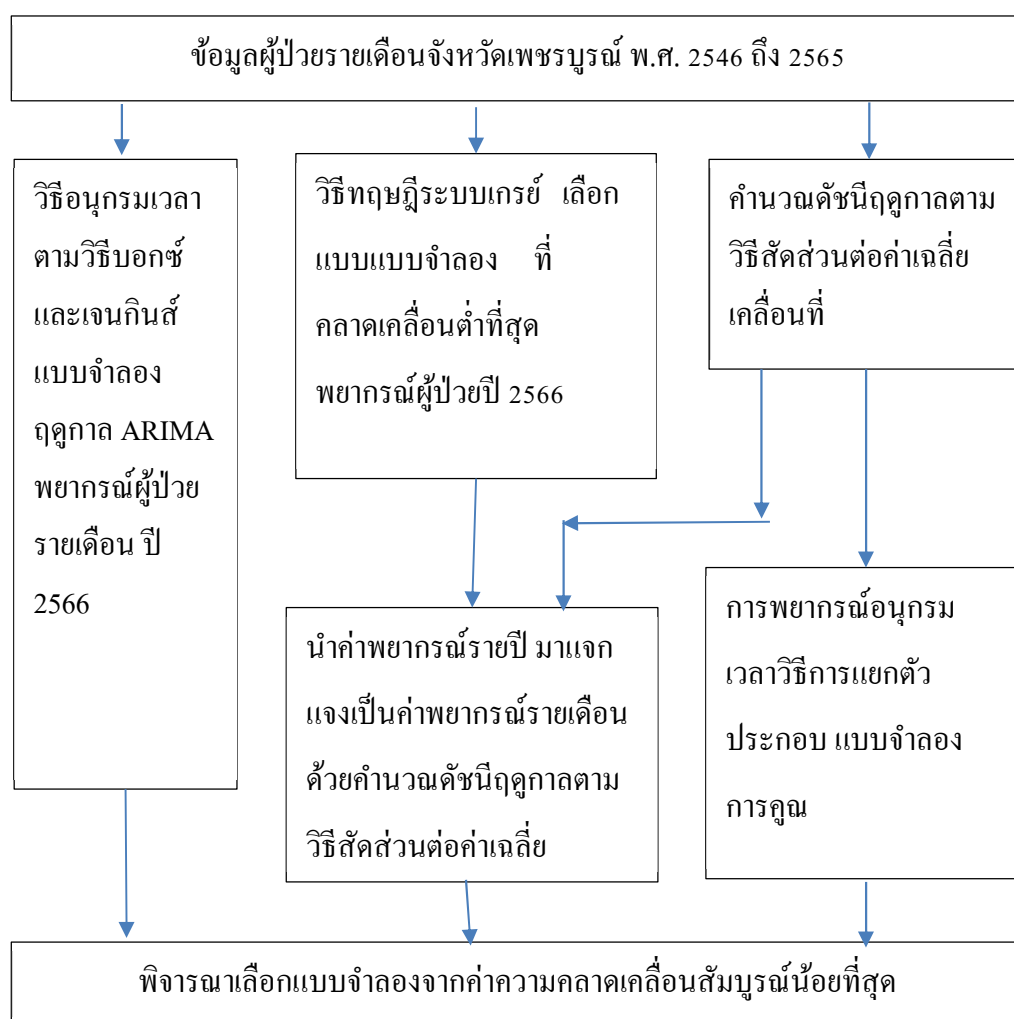
การพยากรณ์โรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2565 ได้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน ระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึง 2564 ด้วยแบบจำลอง ARIMA (2,0,0) (0,1,1)₁₂ มีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ 11.70 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ 191,814 คน ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม-มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ 16,000 คนต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ 20,000 คนต่อเดือน⁽²⁾ ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย 234,196 คน เสียชีวิต 284 คน⁽³⁾ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 43 ระหว่างวันที่ 22-28 ตุลาคม 2566⁽⁴⁾ ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วย 244,353 คน เสียชีวิต 235 คน⁽⁵⁾

การศึกษาการพยากรณ์เปรียบเทียบเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในประเทศไทยได้ใช้วิธีการแยกส่วนประกอบ วิธีปรับให้เรียบแบบเอ็กซ์โปเนนเชียลของวินเตอร์เชิงผลคูณ และวิธีบอซซ์และเจนกินส์โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยรายไตรมาส ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2561 เปรียบเทียบตัวแบบพยากรณ์ที่เหมาะสมภายใต้เกณฑ์ค่าร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์เฉลี่ย (mean absolute percentage error, MAPE) ต่ำที่สุด พบว่าวิธีบอซซ์-เจนกินส์ให้ค่า MAPE ต่ำที่สุด ตัวแบบที่เหมาะสมในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ คือ ตัวแบบรวมการถดถอยในตัวกับการเฉลี่ยเคลื่อนที่แบบมีฤดูกาล ARIMA (0,1,1) (0,1,1)₄⁽⁶⁾

การศึกษาการทำนายในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์พบ การพยากรณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2558⁽⁷⁾ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์⁽⁸⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาการพยากรณ์เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้ง ๆ ที่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 3 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 มีผู้ป่วยน้อยที่สุดในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3,365 คน สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 6,118 คน ปีอื่น ๆ มีผู้ป่วยไม่ต่ำกว่าละ 4,000 คน ต่อปี⁽⁹⁾

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายเดือนในปี พ.ศ. 2566 ของจังหวัดเพชรบูรณ์โดยใช้วิธีบอซซ์และเจนกินส์ แบบจำลองฤดูกาล ARIMA หรือ SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) วิธีการแยกตัวประกอบ แบบจำลองการคูณที่คำนวณดัชนีฤดูกาลตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ และแบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์แล้วแจกแจงค่าพยากรณ์รายเดือนด้วยดัชนีฤดูกาลตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ เพื่อพัฒนาเทคนิคการพยากรณ์อนุกรมเวลาในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยและปรับใช้ค่าพยากรณ์ตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องในอนาคตต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

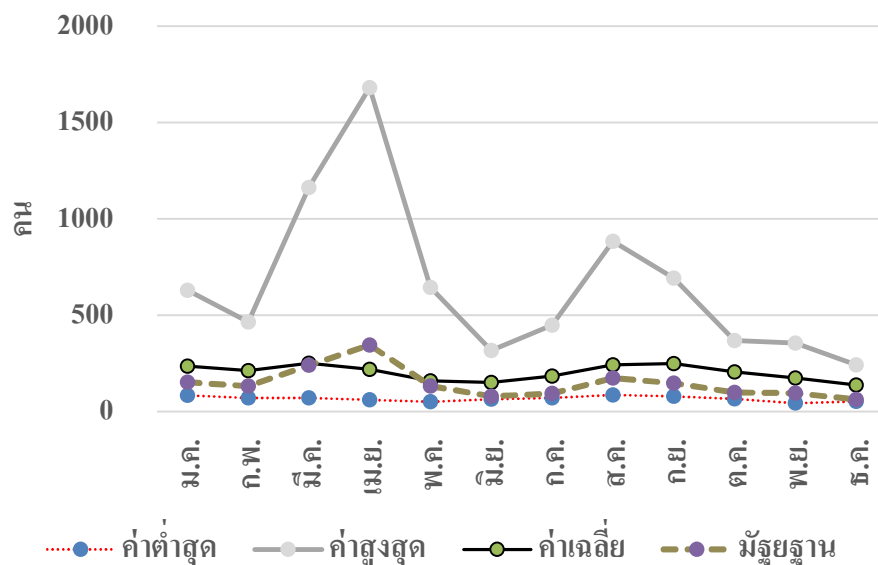
ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2546 ถึง 2565

ปีที่	พ.ศ.	รวม	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1	2546	1,051	89	70	78	64	71	69	93	154	130	91	73	69
2	2547	1,014	84	100	108	76	52	84	143	118	78	76	43	52
3	2548	1,096	94	74	110	66	71	67	159	157	103	65	69	61
4	2549	992	91	92	70	67	51	63	83	86	118	110	96	65
5	2550	1,239	124	145	118	69	79	69	70	119	155	152	77	62
6	2551	1,166	128	99	120	60	83	82	98	109	151	110	70	56
7	2552	1,366	117	122	87	69	65	93	155	169	99	145	128	117
8	2553	1,398	142	102	83	96	85	92	86	169	203	135	108	97
9	2554	1,709	164	117	136	114	96	105	133	187	216	180	113	148
10	2555	1,734	173	120	176	115	118	115	172	206	190	109	120	120
11	2556	1,855	175	134	128	86	109	131	164	183	187	183	149	226
12	2557	2,543	242	244	277	177	165	147	199	238	295	209	187	163
13	2558	2,770	260	299	264	198	173	198	173	226	255	291	240	193
14	2559	2,983	291	309	320	180	124	181	170	291	350	341	256	170
15	2560	3,351	340	260	282	178	194	250	243	322	433	362	271	216
16	2561	4,298	529	413	428	305	286	317	385	514	449	265	214	193
17	2562	4,039	462	414	416	340	283	278	245	269	367	368	355	242
18	2563	3,365	629	448	401	196	195	202	191	201	205	286	285	126
19	2564	4,155	303	206	249	223	232	181	448	883	692	313	275	150
20	2565	6,118	266	464	1163	1681	644	274	244	221	299	301	339	222
ค่าต่ำสุด			84	70	70	60	51	63	70	86	78	65	43	52
ค่าสูงสุด			629	464	1163	1681	644	317	448	883	692	368	355	242
ค่าเฉลี่ย			235	212	251	218	159	150	183	241	249	205	173	137
มัธยฐาน			151	132	239	345	132	79	94	174	147	99	96	63
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			174	140	156	115	114	123	167	194	204	182	139	137

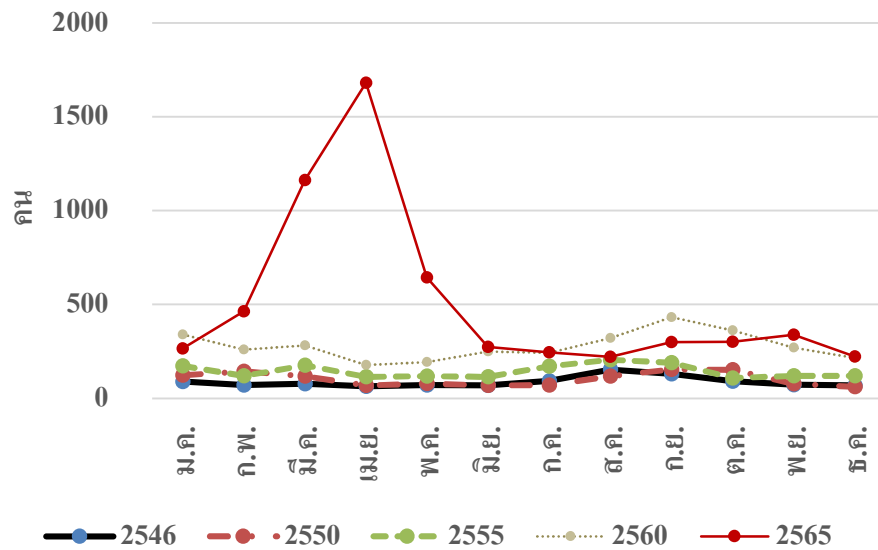
3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 การรวบรวมข้อมูล

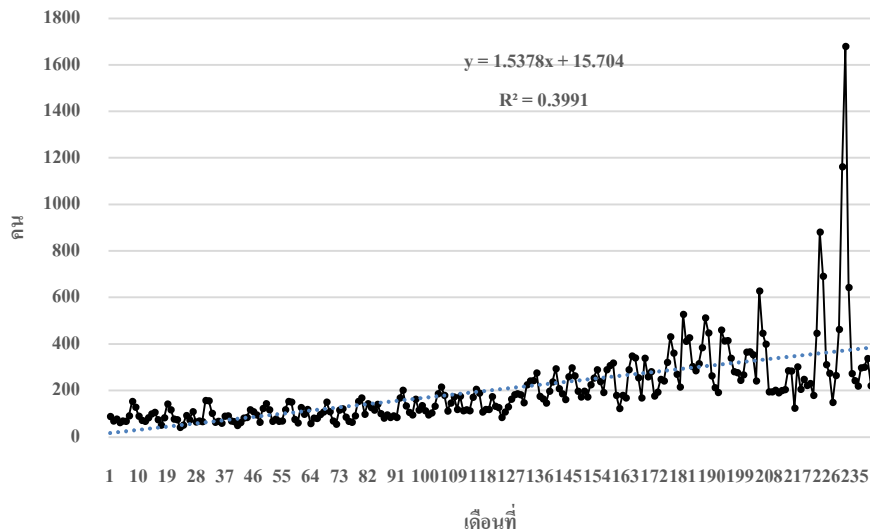
ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ จาก สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2546 ถึง 2565⁽⁹⁾ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 > Pneumonia > ข้อมูลย้อนหลัง > สรุปสถานการณ์รายปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565⁽⁹⁾ และแสดงค่าสถิติของจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ดังแสดงใน ตารางที่ 1 ค่าสถิติ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายเดือนจากข้อมูล 20 ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565 ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พ.ศ. 2546 ถึง 2565 จำแนกรายเดือน



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2565



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน 20 ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565

3.2 การพิจารณารูปแบบข้อมูล

จำนวนข้อมูล รูปแบบตามเวลาที่มีการเกิดซ้ำช่วงเวลาเดิม (Seasonal - S) เพิ่มขึ้นหรือลดลง (Trend - T) มีการเปลี่ยนแปลงตามวัฏจักร (Cyclical - C) และมีความเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นหรือลดลงอย่างผิดปกติ (Irregular - I) ทั้งนี้ เพื่อการเลือกใช้วิธีและแบบจำลองที่เหมาะสม จำนวนผู้ป่วยมีจำนวนค่อนข้างสม่ำเสมอในช่วงต้นปีถึงกลางปี และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนกันยายนและตุลาคม ซึ่งมีลักษณะขององค์ประกอบฤดูกาล ขณะที่ปี พ.ศ. 2565 ข้อมูลรายเดือนมีลักษณะเพิ่มสูงมากช่วงเดือน มีนาคม เมษายน และพฤษภาคม ดังแสดงในภาพที่ 3 จากการเรียงข้อมูล ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565 (แกน x ในภาพที่ 4 เมื่อ x คือ เวลา/เดือน ที่มีค่าเป็น

1,2,3,...,235 เมื่อ 1 หมายถึง เดือนที่ 1 (ม.ค. พ.ศ. 2546) และ 235 (ธ.ค. 2565)) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สมการถดถอยเชิงเส้นตรงในภาพที่ 4 $y=1.5378x+15.704$ เมื่อ y คือ จำนวนผู้ป่วย (คน) มีความชัน 1.5378 คนต่อเดือน) ดังแสดงในภาพที่ 4

3.3 วิธีบ็อกซ์และเจนกินส์

วิธีบ็อกซ์และเจนกินส์ แบบจำลอง SARIMA (Seasonal AutoRegressive Integrated Moving Average) คือ ARIMA (p,d,q) (P,D,Q)_m ซึ่งหมายถึง แบบจำลอง ARIMA (p, d, q) มีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ AutoRegressive AR (p), Intergrated (I) และ Moving Average MA (q) สำหรับ AR (p) เป็นรูปแบบที่แสดงว่า ค่าสังเกต y ณ เวลา t ขึ้นอยู่กับค่าของ $y_{t-1}, \dots, y_{t-p}$ หรือค่าสังเกตที่เกิดขึ้นก่อนหน้า p ค่า ส่วนรูปแบบ MA (q) เป็นรูปแบบที่แสดงค่าสังเกต y ณ เวลา t ขึ้นอยู่กับค่าความคลาดเคลื่อน $e_{t-1}, \dots, e_{t-q}$ หรือความคลาดเคลื่อนที่อยู่ก่อนหน้า q ค่า ส่วน Integrated (I) เป็นการหาผลต่าง (Difference, d) ของอนุกรมเวลา เหตุผลสำคัญที่ต้องหาผลต่างของอนุกรมเวลา เนื่องจากแบบจำลอง ARIMA ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล อนุกรมเวลาที่มีคุณสมบัติคงที่ (Stationary) เท่านั้น (อนุกรมเวลาที่อยู่หนึ่งมีคุณสมบัติทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย และความแปรปรวนที่ไม่แปรผันตามเวลา) ในกรณีที่ข้อมูลอนุกรมเวลาที่ใช้ในการวิเคราะห์สมบัติไม่คงที่ (Nonstationary) จะต้องทำการแปลงข้อมูลอนุกรมเวลาดังกล่าวให้มีคุณสมบัติคงที่ก่อน โดยการหาผลต่างของข้อมูลอนุกรมเวลา SARIMA มีพารามิเตอร์ตามฤดูกาลอีกสามรายการ (P, D, Q) พารามิเตอร์เพิ่มเติมอีกสามรายการคำนึงถึงองค์ประกอบถดถอยอัตโนมัติ (P) องค์ประกอบผลต่าง (D) และองค์ประกอบค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ (Q) ในระดับฤดูกาลโดยที่ m คือจำนวนการค่าสังเกต ในแต่ละฤดูกาล (ในการศึกษาอนุกรมเวลาที่มีส่วนประกอบฤดูกาล 12 เดือน m คือ 12 ส่วนประกอบตามฤดูกาล ของแบบจำลองจะแสดงด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และส่วนประกอบที่ไม่ใช่ตามฤดูกาลของโมเดลจะแสดงด้วยตัวพิมพ์เล็ก (10)

การใช้โปรแกรม R⁽¹¹⁾ กับ Package Forecast^(12,13) ฟังก์ชัน auto.arima จะทำการคำนวณตัวแบบต่าง ๆ ตามแบบจำลอง SARIMA (Seasonal AutoRegressive Integrated Moving Average) เนื่องจากมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายเดือน อย่างน้อย 3 ปี ก็สามารถพยากรณ์รายเดือนล่วงหน้า 12 เดือนได้ การหาค่าพารามิเตอร์สำหรับแบบจำลอง SARIMA โดยใช้โปรแกรม R Forecast package เมื่อ install.packages ("forecast") ไว้แล้ว ก็เรียกใช้ library (forecast) เมื่อนำข้อมูลเข้าโปรแกรม R ก็สามารถเรียก ฟังก์ชัน auto.arima⁽¹⁴⁾ ทำการคำนวณจากแบบจำลอง ARIMA (p,d,q) (P,D,Q)_m ตามค่าพารามิเตอร์ p, d, q, P, D, Q, และ m ที่กำหนดจำนวนมาแล้วเลือกตัวแบบที่มีเกณฑ์ค่าพยากรณ์มีความสอดคล้องกับข้อมูลมากที่สุด หรือ Akaike Information Criterion (AIC) ที่มีค่าต่ำที่สุด⁽¹⁵⁾

3.4 วิธีทฤษฎีระบบเกรย์

แบบจำลองจากทฤษฎีระบบเกรย์ ซึ่งประกอบไปด้วยแบบจำลอง GM (1,1), GM (1,1) Error Periodic Correction (GM (1,1)EPC, Grey Verhulst Model (GVM) และ The Grey Verhulst improvement

model (GVIM) แล้วเลือกแบบจำลองที่มีความแม่นยำสูง แล้วจึงนำค่าพยากรณ์รายปีมาแจกแจงเป็นรายเดือน ด้วยดัชนีฤดูกาล เนื่องจากทฤษฎีระบบเกรย์ใช้กับข้อมูลจำนวนน้อย ทฤษฎีระบบเกรย์ใช้ในการพยากรณ์ อนุกรมเวลา และสามารถใช้กับข้อมูลจำนวนน้อยที่สุดเพียง 4 คาบเวลาที่สามารถใช้ทำนายคาบเวลาที่ 5 ได้ แบบจำลองเริ่มต้นคือ GM (1,1) (first order grey model for one variable) ซึ่งจะเริ่มต้นจากการแปลงข้อมูลจริงที่ศึกษาเป็นข้อมูลสะสม แล้วใช้สมการถดถอยเชิงเส้นตรงประมาณค่าคงที่และค่าความชัน จากนั้นทำนายค่าสะสมแล้วหักออกด้วยค่าสะสม ที่ทำนายก่อนหน้านี้ก็จะได้ค่าทำนายของแต่ละคาบเวลา ซึ่งกล่าวได้ว่าเหมาะสมกับข้อมูลอนุกรมเวลาที่มีจำนวน ค่าสังเกตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังมีแบบจำลองที่มีการแก้ไขข้อผิดพลาดเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับข้อมูลที่มีรูปแบบเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นโค้งรูปตัวเอสด้วยการพิจารณาว่าแบบจำลองการทำนายสามารถทำนายได้แม่นยำเพียงใดก็สามารถพิจารณาได้จากค่าทำนายที่เบี่ยงเบนไปจากค่าจริง หรือ ค่าสหสัมพันธ์ของค่าจริงกับค่าทำนาย^(16,17)

3.5 การพยากรณ์ด้วยวิธีแยกตัวประกอบและการคำนวณดัชนีฤดูกาล

วิธีการแยกตัวประกอบ ประกอบด้วย แบบจำลองการคูณ (Multiplicative model) และแบบจำลองการบวก (Additive model) แบบจำลองการคูณ (Multiplicative model) $Y=T \times C \times S \times I$ เป็นรูปแบบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งถือว่าการคาดการณ์ (Y) เป็นผลงานของทั้งสี่ส่วนประกอบในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ผลขององค์ประกอบสี่ประการ ต่ออนุกรมเวลา มีการพึ่งพาอาศัยกัน (interdependent)

แบบจำลองการบวก (Additive model) $Y=T + C + S + I$ ถือว่าองค์ประกอบทั้งสี่นี้เป็นอิสระจากกัน ซึ่งเป็นสมมติฐานที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

การคำนวณดัชนีฤดูกาล 3 วิธี คือ วิธีค่าเฉลี่ยอย่างง่าย (Simple Moving Average) วิธีการนี้ใช้เมื่อตัวแปรอนุกรมเวลาประกอบด้วยเฉพาะส่วนประกอบตามฤดูกาลและแบบสุ่ม วิธีอัตราส่วนต่อการเฉลี่ยเคลื่อนที่ (Ratio to moving average, RMA) เป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด การวัดความแปรผันตามฤดูกาล วิธีการนี้จะถือว่าการมีอยู่ของทั้งหมดสี่องค์ประกอบของอนุกรมเวลาเป็นการแยกองค์ประกอบ T, C และ I ออกจากข้อมูลอนุกรมเวลาให้เหลือ แต่ S ที่ต้องการ วิธีการอัตราส่วนต่อแนวโน้ม (Ratio to trend) วิธีการนี้ใช้เมื่อข้อมูลไม่มีความแปรปรวนของวัฏจักร^(18,19) การพยากรณ์ด้วยเทคนิคแยกตัวประกอบแบบจำลองการคูณ ดัชนีอนุกรมเวลาตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่⁽²⁰⁾

3.6 เกณฑ์ตัดสินความแม่นยำของแบบจำลอง

ค่าข้อมูลจริง y_i จำนวน n ค่า โดย $i = 1, 2, \dots, n$ ส่วน $\hat{y}_i$ เป็นค่าพยากรณ์ สำหรับคาบเวลาตามข้อมูลที่นำมาใช้พยากรณ์ ส่วนค่าพยากรณ์ไปในอนาคต $i = n + 1, n + 2, \dots$

ค่าเฉลี่ยของเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error - MAPE)⁽²¹⁾

$$MAPE = \left(\frac{1}{n} \sum_{k=1}^n \left| \frac{y_k - \hat{y}_k}{y_k} \right| \right) \times 100\%$$

MAPE หน่วยเป็นร้อยละ ถ้าน้อยกว่า 10 มีความแม่นยำสูง ระหว่าง 10-20 ใช้พยากรณ์ได้ดี ระหว่าง 20-50 มีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ และมากกว่า 50 ไม่มีความแม่นยำ⁽²²⁾

4. ผลการศึกษา

ตารางที่ 2 แบบจำลองตามทฤษฎีระบบเกรย์

แบบจำลอง	MAPE	ค่าพยากรณ์ 2566	การเปลี่ยนแปลงเพิ่ม/-ลดจากปี 2565 (ร้อยละ)
GM (1,1)	10.16	5,866	-4.12
GM (1,1) EPC	4.47	6,214	1.58
GVM	59.69	3,359	-45.09
GVIM	51.57	3,756	-38.61

4.1 ผลการคำนวณตามทฤษฎีระบบเกรย์

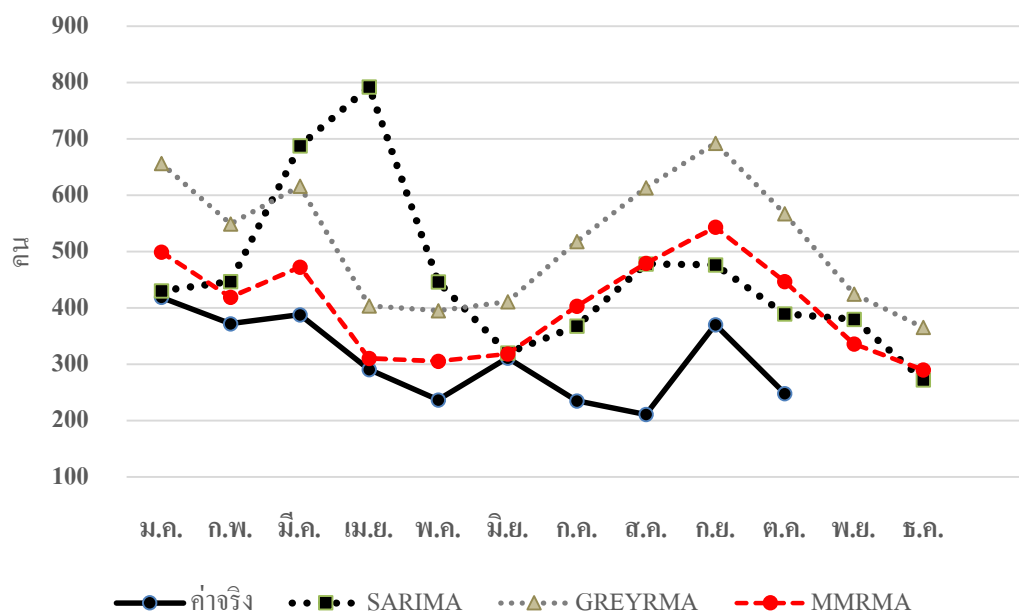
การคำนวณตามทฤษฎีระบบเกรย์ ด้วยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายปี 20 ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565 พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2566 พบว่า แบบจำลอง GM (1,1)EPC มีค่า MAPE ต่ำที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2 จึงเลือกมาใช้ในการจำแนกรายเดือนด้วยดัชนีฤดูกาลวิธีอัตราส่วนต่อค่าเฉลี่ย ซึ่งจะเรียกโดยย่อว่า GREYRMA ดังแสดงในสคมภ์ GREYRMA ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายเดือน ปี พ.ศ. 2566

เดือน	ค่า จริง				ดัชนี ฤดูกาล	ค่าพยากรณ์		
	2566	95% Lower	SARIMA	95% Upper		RMA	GREYRMA	MMRMA
MAPE1			21.11				4.47	31.30
ม.ค.	419	238	431	623	1.27	657	499	
ก.พ.	372	191	447	703	1.06	549	419	
มี.ค.	388	422	688	954	1.19	617	472	
เม.ย.	291	526	792	1,058	0.78	404	311	
พ.ค.	237	179	447	714	0.76	395	305	
มิ.ย.	311	52	320	588	0.79	411	319	
ก.ค.	235	100	368	636	1.00	518	403	
ส.ค.	211	210	478	746	1.18	614	480	

ตารางที่ 3 ค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายเดือน ปี พ.ศ. 2566

เดือน	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์			ดัชนีฤดูกาล	ค่าพยากรณ์	
	2566	95% Lower	SARIM A	95% Upper		GREYRM A	MMRM A
MAPE1			21.11			4.47	31.30
ก.ย.	370	208	477	745	1.34	693	543
ต.ค.	248	121	390	658	1.10	567	447
พ.ย.	-	111	380	649	0.82	425	336
ธ.ค.	-	4	273	541	0.71	365	290
รวม		2,364	5,490	8,616	12.00	6,214	4,824
MAPE2			63.32			82.81	41.74



ภาพที่ 5 พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรายเดือน พ.ศ. 2566

4.2 การคำนวณตามวิธีบอกซ์และเจนกินส์

การพยากรณ์ SARIMA โปรแกรม R แพคเกจ Forecast ฟังก์ชัน `auto.arima` ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายเดือน 20 ปี พ.ศ. 2546 ถึง 2565 เป็นเวลา 240 เดือน ได้แบบจำลอง ARIMA (2,1,1) (0,1,1)₁₂ ซึ่งจะเรียกโดยย่อว่า SARIMA มีค่า MAPE1 ร้อยละ 21.11 (ระหว่าง 20-50 มีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์) ดังแสดงในสควม 95% Lower, SARIMA, และ 95% Upper ตารางที่ 3

4.3 การคำนวณวิธีแยกตัวประกอบและดัชนีฤดูกาล

การพยากรณ์ด้วยเทคนิคแยกตัวประกอบ⁽²⁰⁾ ได้ดัชนีอนุกรมเวลาตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนในที่นี่จะเรียกโดยย่อว่า MMRMA ดังแสดงในสควม MMRMA ตารางที่ 3

4.4 ความแม่นยำของการพยากรณ์

MAPE1 ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของความคลาดเคลื่อนของค่าพยากรณ์รายเดือนจากค่าสถิติในอดีต 240 เดือน พบว่า SARIMA และ MMRMA เท่ากับร้อยละ 21.11 และ 31.30 ตามลำดับ ส่วน GM (1,1) EPC มีค่า MAPE 20 ปี ร้อยละ 4.47

การเปรียบเทียบกับค่าสถิติในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมีข้อมูลจำนวน 43 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 3,082 คน ประมาณการ ปี พ.ศ. 2566 อย่างหยาบ เท่ากับ 3,727 คน (3082*52/43) พบความคลาดเคลื่อนจากประมาณอย่างหยาบโดยวิธี SARIMA, GREYRMA และ MMRMA ร้อยละ 47.30, 66.74, และ 29.43 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

การพยากรณ์ผู้ป่วยรายเดือน ปี พ.ศ. 2566

เมื่อนำค่าพยากรณ์รายเดือน ปี พ.ศ. 2566 มาทำการเปรียบเทียบกับค่าจริงรายเดือน มกราคม ถึง ตุลาคม ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 10 เดือน พบว่ามีค่า MAPE2 ของวิธี SARIMA, GREYRMA และ MMRMA ร้อยละ 63.32, 82.81, และ, 41.74 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 5

5. อภิปรายผล

การพิจารณาค่าจริงเทียบกับค่าพยากรณ์ในอดีต 240 เดือน แบบจำลอง SARIMA มี MAPE ร้อยละ 21.11 ต่ำกว่า MMRMA ที่มี MAPE ร้อยละ 31.30 แต่เมื่อพิจารณาค่า MAPE แบบจำลอง SARIMA, GREYRMA และ MMRMA ร้อยละ 47.30, 66.74, และ 29.43 ตามลำดับ จากภาพที่ 5 การพยากรณ์ด้วยเทคนิคแยกตัวประกอบแบบจำลองการคูณ ดัชนีอนุกรมเวลาตามวิธีสัดส่วนต่อค่าเฉลี่ยเคลื่อนที่ หรือแบบจำลอง MMRMA มีความใกล้เคียงกับข้อมูลจริงในปี พ.ศ. 2566 มากกว่า จึงเป็นค่าพยากรณ์ที่น่าจะยอมรับได้สำหรับเดือน พฤศจิกายน และธันวาคมที่เหลืออยู่

การพิจารณาเทียบกับข้อมูลในอดีต 240 เดือนเพียงอย่างเดียว ก็จะได้ผลเช่นเดียวกับการพยากรณ์ที่ใช้ในการศึกษา 3 วิธี คือ วิธีการแยกส่วนประกอบ วิธีปรับให้เรียบแบบเอ็กซ์โปเนนเชียลของวินเดอร์เซิงผล

คุณ และวิธีบอกซ์และเจนกินส์โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในประเทศไทยรายไตรมาส ตั้งแต่ พ.ศ.2551 ถึง พ.ศ.2561 เปรียบเทียบตัวแบบพยากรณ์ที่เหมาะสมภายใต้เกณฑ์ค่าร้อยละความคลาดเคลื่อนสัมบูรณ์เฉลี่ย (Mean Absolute Percentage Error, MAPE) ต่ำที่สุด ผลการศึกษาพบว่าวิธีบอกซ์-เจนกินส์ให้ค่า MAPE ต่ำที่สุดตัวแบบที่เหมาะสมในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ คือ ตัวแบบรวมการถดถอยในตัวกับการเฉลี่ยเคลื่อนที่แบบมีฤดูกาล ARIMA (0,1,1) (0,1,1)₄⁽⁶⁾ เนื่องจากวิธีบอกซ์-เจนกินส์มีเปรียบเทียบกับแบบจำลองจำนวนมากจนได้ค่า MAPE ต่ำที่สุดแล้วจึงมาเปรียบเทียบกับวิธีอื่น

6. ข้อเสนอแนะ

การพยากรณ์ด้วยอนุกรมเวลาเป็นการพยากรณ์เชิงปริมาณที่ใช้ข้อมูลในอดีต แบบจำลองที่ได้ก็เทียบความแม่นยำกับข้อมูลในอดีตเท่านั้น การคาดการณ์อนาคตยังคงต้องใช้สิ่งที่ทราบล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วย เช่นการเปลี่ยนแปลงของภาวะอากาศ คุณภาพอากาศ การรณรงค์ลดมลภาวะ การปฏิบัติตัวของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสามารถนำมาปรับค่าพยากรณ์จากความเข้าใจการเกิดโรคของประชาชนในพื้นที่ที่จะทำให้การพยากรณ์มีความแม่นยำมากขึ้น

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคปอดบวม, ปอดอักเสบ (Pneumonia) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21
2. กรมควบคุมโรค. คาดการณ์โรค ปี 2565 8 โรคสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1305720220831091702.pdf>
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. Pneumonia. สรุปสถานการณ์ ปี 65 รายสัปดาห์ [52] [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=31>
4. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สัปดาห์ระบาดวิทยา ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php?menu=5.19>
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506. Pneumonia. สรุปสถานการณ์ ปี 66 รายสัปดาห์[43] [อินเทอร์เน็ต].2566 [เข้าถึงเมื่อ 16พ.ย.2566].เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=31>
6. วราพร ตั่วทอง, สวพร หิญาธิระนันท์. การเปรียบเทียบตัวแบบการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (ววท.) 2564; 29 (3): 365-377.

7. กมล กัญญาประสิทธิ์. การพยากรณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2558. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25 (4): 604-614.
8. จารุณี กันธ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนางั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9 (3):19-35.
9. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 > Pneumonia > ข้อมูลย้อนหลัง > สรุปสถานการณ์รายปี 2546-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=31>
10. Santa R. Introduction to SARIMA Model [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://medium.com/@ritusantra/introduction-to-sarima-model-cbb8>
11. The R Foundation. The R Project for Statistical Computing [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.r-project.org/>
12. Hyndman R, Athanasopoulos G, Bergmeir C, Caceres G, Chhay L, O'Hara-Wild M, Petropoulos F, Razbash S, Wang E, Yasmeeen F. forecast: Forecasting functions for time series and linear models. R package version 8.21.1 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://pkg.robjhyndman.com/forecast/>.
13. Hyndman RJ, Khandakar Y. Automatic time series forecasting: the forecast package for R. Journal of Statistical Software 2008; 26 (3), 1–22. doi:10.18637/jss.v027.i03.
14. Wischke AF. Forecasting with R: Auto-ARIMA Step by Step [Internet]. 2018 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.linkedin.com/pulse/forecasting-r-auto-arima-step-anton-figuerola-wischke>
15. Bevans R. March 26, 2020. Akaike Information Criterion | When & How to Use It (Example) [Internet]. Scribbr; 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.scribbr.com/statistics/akaike-information-criterion/>
16. Liu S., Lin Y. Grey systems theory and application. Verlag: Springer; 2010. pp. 106-130.
17. Zhang, Y. (2012). Improved grey derivative of grey Verhulst model and its application. International Journal of Computer Science 2012; 9 (6), 443-448.

18. Strathmore University Business School. ANALYSIS OF TIME SERIES [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 1]. Available from:
https://sbselearning.strathmore.edu/pluginfile.php/177213/mod_resource/content/1/Topic-4-Analysis-of-Time-Series.pdf
19. Shukla, GK., Trivedi, M. eGyanKosh > Block 4: Time Series Modelling > UNIT 14 SEASONAL COMPONENT ANALYSIS [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 1]. Available from:
<https://www.egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/20805/1/Unit-14.pdf>
20. Chan B. Classical Multiplicative Decomposition – YouTube [Internet]. 2015 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=S31b-vh0Ce0>
21. Andrés D. Machine Learning Pills: Error Metrics for Time Series Forecasting [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://mlpills.dev/time-series/error-metrics-for-time-series-forecasting/>
22. Lewis CD. Industrial and business forecasting methods. London: Butterworths;1982.

รูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์, ศ.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่รับบทความ (Received), 10 เมษายน 2567

วันแก้ไขบทความ (Revised), 25 พฤษภาคม 2567

วันตอบรับบทความ (Accepted), 28 พฤษภาคม 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 การประชุมค้นหาปัญหาของบริการระดับปฐมภูมิ กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่โดยใช้ PBL กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้กระบวนการ PDCA กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล กิจกรรมที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการทดลองรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 1) ด้านการบริหาร 2) ด้านการบริการ 3) ด้านวิชาการ ไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองจากแบบสอบถาม เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่าคะแนนเฉลี่ยระบบบริการปฐมภูมิแต่ละด้านภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการบริหาร ($P\text{-value} < 0.001$) ด้านการบริการ ($P\text{-value} < 0.001$) ด้านวิชาการ ($P\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ระบบบริการปฐมภูมิ

Model of Development for Primary Care Service System Branch at District Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province.

Surasit Tametip, M.P.H

Chiang Mai Provincial Public Health Office

Abstract

This mixed methods research aimed to study the model of development for primary care service system branch at District Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province. Research methodology consist of 3 phrases including phrase 1: to study the process of development for primary care service system branch at District Health Promoting Hospital as interviewed the subjects by structure interviewed and focus group. Phrase 2: to identify the pattern of the model of development for primary care service system branch at District Health Promoting Hospital composed of 6 activities including; 1) meeting to search the problems for primary care service practicing, 2) to analysis the context based-problem 3) to establish the plans and projects to solve problems 4) to set all activities as PDCA process 5) monitoring controlling and evaluation 6) to set the lesson learned. Phrase 3: to evaluate the model of development for primary care service system branch at District Health Promoting Hospital. Research designed used quasi-experimental study within 30 health workers group who worked in District Health Promoting Hospital. Collecting data by questionnaire and data comparing average score as pre-test and post-test, data analysis uses statistics by Independent t-test. The result reported that, after experimental the model of development for primary care service system branch at District Health Promoting Hospital had increased mean score significantly such as administrative factors (P-value<0.001) health service factors (P-value<0.001) academic factors (P-value<0.001), respectively.

Keywords: Sub-District Health Promoting Hospital, Primary Care Service System

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จากโครงสร้างของประชากรไทยพบว่า สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ชุมชนและสังคม⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพส่งเสริมระบบ ส่งต่อเพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง⁽²⁾

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาบริการปฐมภูมิตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ คือการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 75) จากการสรุปผลการดำเนินงานของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 100) แต่ยังพบประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค การบริโภคอาหารรสหวานจัดรสเค็มจัด การลดปัญหาอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจร เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคือ ยังขาดการบูรณาการงานลงสู่ระดับอำเภอและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากการขาดการสื่อสารนโยบายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System :DHS) ให้กับกลุ่มงานหรือฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และยังขาดการประสานงาน การรับรู้เรื่องนโยบายการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ส่งผลให้การจัดกิจกรรมของกลุ่มงานต่างๆ ยังขาดการบูรณาการกิจกรรมตั้งแต่ระดับจังหวัดระดับอำเภอและระดับปฐมภูมิ⁽³⁾

จากข้อมูลและสถานการณ์ในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ เพื่อที่จะนำผลการประเมินการปฏิบัติงานมาใช้ในการควบคุม กำกับงานให้ประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ได้วางแผนไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพตามด้วยวิจัยเชิงปริมาณ งานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

วิจัยระยะที่ 1 ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviewed) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัดเชียงใหม่ที่ผ่านมา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 กลุ่ม และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 ของประชากรแต่ละกลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากรายชื่อจากกลุ่มประชากร ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 240 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 12 คน

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,248 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 60 คน

กลุ่มที่ 3 เครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัด ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 25 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2 คน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Form) กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข ประเด็นในการสัมภาษณ์ด้านการบริหาร ประกอบด้วย การบริหารแบบบูรณาการ การกำหนดวัตถุประสงค์และการกิจที่ชัดเจน การมอบหมายงาน การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานการประเมินผลการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุข การสร้างแรงจูงใจ

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุข ประเด็นการสัมภาษณ์ด้านการบริการ ประกอบด้วย การดำเนินงาน รพ.สต. ดิดดาว การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว การดำเนินงานด้าน

ระบาดวิทยา การเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาระบบส่งต่อ และด้านวิชาการ ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก Context based learning (CBL) การจัดการความรู้

กลุ่มที่ 3 เครือข่ายภาคประชาชน ประเด็นในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย การสร้างความผูกพันและการยอมรับ กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ ความร่วมมือสนับสนุนการปฏิบัติการมีส่วนร่วม

2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อใช้ประกอบการพูดคุย การสอบถาม การสังเกต ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการใช้งานระบบ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูลและตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราวและหาข้อสรุป โดยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อได้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

วิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำข้อมูลมาผนวกกับผลวิจัยระยะที่ 1 เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่⁽⁴⁾ เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบเป็นโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

วิจัยระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

1. ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2565 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 ด้านบริหาร การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ การบริหารจัดการแบบบูรณาการ การสนับสนุนทรัพยากร เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 ด้านบริการ ได้แก่ การดำเนินงานตามมาตรฐาน PCA การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอกรอบครัว การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT การพัฒนาระบบส่งต่อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 ด้านวิชาการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL การจัดการความรู้ (Knowledge management: KM) การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽⁵⁾ เท่ากับ 0.972 เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านบริหาร (0.930) ด้านบริการ (0.958) ด้านวิชาการ (0.892)

2.2 โปรแกรมการทดลองรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 การประชุมค้นหาปัญหาของบริการระดับปฐมภูมิ กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่โดยใช้ PBL กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้กระบวนการ PDCA กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล กิจกรรมที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่

3. สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลองในด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significantly และรายงานผลเป็นค่า Mean differences, P-value และ 95% Confidence Interval

4. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ REC No. CM 06/2566 ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และยึดตามแนวทางการปฏิบัติของเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

ผลวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่

ด้านการบริหาร ประกอบด้วย

1. การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ

“การแต่งตั้งคณะกรรมการการบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอควรเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขในระดับตำบล เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ”

“แนวทางการจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพระดับอำเภอต้องเริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อทราบความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา”

2. การบริหารแบบบูรณาการ

“กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคของหน่วยงาน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัดเชียงใหม่”

“การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรใช้ข้อมูลอัตราป่วย อัตราตาย และปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มาประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมิ”

“รูปแบบการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรเริ่มตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ขั้นตอนการดำเนินงาน การสรุปผลงาน โดยใช้รูปแบบการประชุม รายงาน นิเทศงาน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม”

“กำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดเชียงใหม่”

3. การสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุข

“การปฏิบัติในระดับปฐมภูมิมีกิจกรรมค่อนข้างเยอะควรมีจัดสรรบุคลากรสาธารณสุขให้มีจำนวนเพียงพอและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน”

“การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านกำลังเจ้าหน้าที่งบประมาณที่เหมาะสม อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย”

“การติดตามผลการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ จากฐานข้อมูล Health data center ของ สสจ.เชียงใหม่”

ด้านการบริการ ประกอบด้วย

1. การดำเนินงาน รพ.สต. คัดดาว

“รูปแบบการดำเนินงาน รพ.สต.คัดดาว ประกอบด้วยบริการเชิงรุกดำเนินการโดยทีมหมอครอบครัวในด้านการควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาและฟื้นฟูสภาพ และการบริการเชิงรับเป็นการให้บริการใน รพ.สต.”

“จัดทำแผนการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงาน รพ.สต.คัดดาว จะทำให้ทราบแนวทาง ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.คัดดาว”

2. การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว

“การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวเน้นการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ การดูแลแบบประคับประคอง”

“ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนการประสานงานการดำเนินงานจากระดับนโยบาย กระทรวง รูปแบบการดำเนินงานระดับจังหวัด จนถึงการประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับ สสอ. และโรงพยาบาลแม่ข่าย”

3. การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)

“แนวทางการจัดคลินิกให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับโรคไม่ติดต่อเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง”

“รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มวัย”

4. การดำเนินงานด้านระบาดวิทยา

“การจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่”

“การจัดตั้งทีมเคลื่อนที่เร็วสามารถออกปฏิบัติงานได้ทันทีหรือไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังจากได้รับแจ้งโรคเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การสอบสวนอย่างมีประสิทธิภาพ”

5. การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

“การจัดกิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อให้สอดคล้องกับการป้องกันโรค ได้แก่ ระยะก่อนป่วย เป็นการให้ความรู้และเพิ่มทักษะการป้องกันโรค ระยะเริ่มมีอาการ ผิดปกติ คือการตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น เบาหวาน มะเร็ง ระยะที่มีอาการป่วยจะเน้นการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ”

6. การเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสาร

“ควรใช้ Application ในการบันทึกข้อมูลแบบออนไลน์ การลงข้อมูลต่างๆ ใน แอปพลิเคชันเดียวโดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน”

“การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ สาขาบริการปฐมภูมิ ควรจัดทำระบบฐานข้อมูล ควรเป็นฐานข้อมูลเดียว แต่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานได้”

7. การพัฒนาระบบส่งต่อ

“พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อใช้ในการส่งต่อ การติดต่อสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่ในการส่งต่อผู้ป่วย และยานพาหนะส่งต่อกรณีฉุกเฉิน”

ด้านวิชาการ ประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL

“การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ควรเริ่มจากการจัดทำประชาคมเพื่อนำเสนอข้อมูล ปัญหาสุขภาพให้ชุมชนได้ทราบและมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาพื้นที่และนำมาจัดลำดับความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหา เพื่อนำมาจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อที่จะประสานงานกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน”

2. การจัดการความรู้

“สนับสนุนการอบรมให้ความรู้และจัดทำคู่มือรูปแบบการจัดการความรู้ เพื่อที่หน่วยงานจะได้นำกระบวนการในการนำข้อมูลจากการจัดการความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน”

3. การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ

“สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการพัฒนาศักยภาพการทำวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการเข้าร่วมนำเสนอในเวทีวิชาการและการเผยแพร่บทความวิจัยในวารสารวิชาการ รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่”

การสร้างเครือข่ายและพันธมิตรในการทำงาน ประกอบด้วย

“เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรในสังกัดสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัด เช่น เทศบาล อบต. เครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มผู้นำในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล”

“การประชาสัมพันธ์ที่มีความหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น Website ของหน่วยงาน Facebook Line ถ้าเป็นในหมู่บ้านจะใช้วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว รถกระจายเสียง หรือโทรทัศน์ เพื่อสื่อสารผ่านตัวบุคคล เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และเครือข่ายในชุมชน”

ผลวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำข้อมูลจากงานวิจัยระยะที่ 1 มาผนวกกับผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่⁽⁴⁾ เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบเป็นโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประชุมค้นหาปัญหาด้านสาธารณสุขในการปฏิบัติงานการให้บริการระดับปฐมภูมิ มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิ การวิเคราะห์ทิศทางแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นโยบายการบริการระดับปฐมภูมิเพื่อเป็นแนวทางการจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากบริบทพื้นที่ มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขโดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการจัดทำประชาคมเพื่อนำเสนอข้อมูลปัญหาสุขภาพให้ชุมชนได้ทราบ และการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาพื้นที่และนำมาจัดลำดับความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหา เพื่อนำมาจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อที่จะประสานงานกับหน่วยงาน กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชน

กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา โดยมีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การจัดทำแผนการดำเนินงานและโครงการแก้ไขปัญหา โดยการผนวกกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การปฏิบัติงานการให้บริการระดับปฐมภูมิ การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัด เช่น เทศบาล อปท. เครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มผู้นำในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้กระบวนการ PDCA มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การจัดบริการระดับปฐมภูมิแบบเชิงรับ ประกอบด้วย จัดคลินิกให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับโรคไม่ติดต่อเฉพาะโรค การจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มวัย การจัดบริการเชิงรุก ประกอบด้วย ทีมหมอครอบครัว เน้นการพัฒนากระบวนการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ การดูแลแบบประคับประคอง กิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเพื่อให้สอดคล้องกับการป้องกันโรค การจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเริ่มตั้งแต่กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการ ขั้นตอนการดำเนินงาน การสรุปผลงาน โดยใช้รูปแบบการประชุม รายงาน นิเทศงาน จากฐานข้อมูล Health data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

กิจกรรมที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

ผลวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.54%) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-49 ปี (55.21%) ($\bar{X}$ =39.55, S.D.=10.853, Min=22, Max=59) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (61.35%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (79.45%) และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป (14.11%) สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-39,999 บาท (38.65%) ($\bar{X}$ =40,537.14, S.D.=19,470.84, Max=99,900, Min= 6,500) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (28.53%) รองลงมาคือตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (27.61%) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (26.69%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันระหว่าง 5-19 ปี (43.56%) ($\bar{X}$ =13.43, S.D.=10.181, Max=39, Min=1) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาบุคลากรสาธารณสุขเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (63.80%) และเคยเข้าร่วมในการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ (44.79%)

การปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ ภายหลังการทดลองโปรแกรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค่าคะแนนเฉลี่ยระบบบริการปฐมภูมิ ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการบริหาร ($t=15.844$, $P\text{-value}<0.001$) ด้านการบริการ ($t=16.613$, $P\text{-value}<0.001$) ด้านวิชาการ ($t=22.054$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบรายด้านก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านบริหาร	3.16	0.391	4.34	0.365	5.844	58	<0.001
- การบริหารระบบสุขภาพ	3.32	0.356	4.40	0.378	2.655	58	<0.001
ระดับอำเภอ							
- การบริหารจัดการแบบ	2.70	0.799	4.24	0.461	1.322	58	<0.001
บูรณาการ							
- การสนับสนุนทรัพยากร	2.55	0.851	4.25	0.216	3.284	58	<0.001

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบรายด้านก่อนและหลังทดลอง (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านบริการ	2.95	0.383	4.61	0.337	6.613	58	<0.001
- การดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว	2.96	0.394	4.43	0.437	0.396	58	<0.001
- การดูแลสุขภาพด้วยทีมหมอครอบครัว	3.24	0.347	4.32	0.473	0.380	58	<0.001
- การบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	3.04	0.361	4.58	0.458	3.460	58	<0.001
- การดำเนินงานระบาดวิทยา	3.05	0.396	4.62	0.435	3.520	58	<0.001
- การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.37	0.432	4.55	0.378	0.284	58	<0.001
- เชื่อมโยงระบบข้อมูลด้วยระบบ IT	3.28	0.309	4.56	0.454	1.679	58	<0.001
- การพัฒนาระบบส่งต่อ	3.01	0.669	4.44	0.538	1.352	58	<0.001
ด้านวิชาการ	2.97	0.261	4.52	0.448	12.054	58	<0.001
- การพัฒนาศักยภาพตามส่วนขาดโดยใช้หลัก CBL	2.86	0.411	4.40	0.492	4.444	58	<0.001
- การจัดการความรู้ KM	2.97	0.552	4.33	0.552	1.895	58	<0.001
- การนำเสนอผลงานเวทีวิชาการ	3.11	0.363	4.27	0.595	4.648	58	<0.001

วิจารณ์

ระบบบริการสุขภาพ คือระบบและการจัดการทั้งมวลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นระบบที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิตและสังคม เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับทุกคนและทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของร่วมกัน หมายถึง สุขภาวะทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางปัญญา (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) การจัดระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือว่าเป็นการจัดบริการสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ที่บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง⁽⁶⁾ ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

(Primary care) เป็นรูปแบบของการบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นตามแนวทางของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่มีโอกาสเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและอยู่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งแนวคิดและวิธีการปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการสาธารณสุข รวมทั้งหลักการและแนวคิดในการปฏิบัติของผู้ให้บริการที่ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกัน⁽⁷⁾

รูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 การประชุมค้นหาปัญหาของบริการระดับปฐมภูมิ กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่โดยใช้ PBL กิจกรรมที่ 3 การจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ โดยใช้กระบวนการ PDCA กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล กิจกรรมที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนรูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ จากผลการวิจัยรูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย ด้านการบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และการสร้างเครือข่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ รณิดา มนต์คลัง⁽⁸⁾ ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า องค์ประกอบของหน่วยบริการปฐมภูมิตามข้อสรุปของอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยงาน 4 หมวดคือ 1) บริการ ได้แก่ องค์กรร่วมผสมผสานรายบุคคล และครอบครัว การดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มประชากรและการประสานเชื่อมโยงบริการ 2) การบริหาร 3) วิชาการ และ 4) การประเมินผล ซึ่งทั้ง 4 หมวดนี้มีหน้าที่เชื่อมประสานต่อกัน มีทั้งงานด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่บูรณาการกันและควรมีลักษณะบริการที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และสนับสนุนการพึ่งตนเอง ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพโปรแกรม ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระบบบริการปฐมภูมิภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการบริหาร (P-value<0.001) ด้านการบริการ (P-value<0.001) ด้านวิชาการ (P-value<0.001) ตามลำดับ

ด้านการบริหาร ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (P-value<0.001) เนื่องจากการบริหารส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อเอาทรัพยากรการบริหารมารวมกันแล้วอำนวยความสะดวกให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการของปัจจัยการบริหาร⁽⁹⁾ และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องใช้รูปแบบการบริหาร ประกอบด้วย การบริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ การบริหารแบบบูรณาการ และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหารที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ รณิดา มนต์คลัง⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยการบริหารที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) คนหรือบุคคล (Man) เป็นปัจจัยที่สำคัญของการบริหารงานหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีคนปฏิบัติงาน ผลงานที่ดีจะออกมาได้ต้องประกอบด้วยบุคคลที่มีคุณภาพและมีความรับผิดชอบต่อองค์กรหรือหน่วยงานนั้นๆ 2) เงิน (Money)

หน่วยงานจำเป็นที่จะต้องมีงบประมาณเพื่อการบริหารงาน หากขาดงบประมาณที่เพียงพอ การบริหารงานของหน่วยงานก็จะยากที่จะบรรลุเป้าหมาย 3) ทรัพยากรหรือวัสดุ (Material) การบริหารจำเป็นต้องมีวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรในการบริหาร หากหน่วยงานขาดวัสดุอุปกรณ์หรือทรัพยากรการบริหารแล้ว ก็ย่อมจะเป็นอุปสรรค หรือทำให้เกิดปัญหาในการบริหารงาน และ 4) การบริหารจัดการ (Management) เป็นภารกิจของผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาโดยตรง คือเป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการประมวลผลัดกันและกำกับปัจจัยต่างๆ ทั้ง 3 ประการให้สามารถดำเนินไปได้ โดยมีประสิทธิภาพจนบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานตามที่ต้องการ

ด้านการบริการ ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($P\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า รูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิถือเป็นรากฐานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ซึ่งถือเป็นจุดกลางที่ต้องทำการเชื่อมโยงเครือข่ายกับภาคีต่างๆ ในชุมชนและเชื่อมต่อกับบริการระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ แสดงว่ากลุ่มเป้าหมายที่งานปฐมภูมิต้องมีปฏิสัมพันธ์คือ กลุ่มประชาชนปกติและกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย ซึ่งต้องทำการดูแลให้คงสภาวะสุขภาพที่ดีไม่เกิดโรคใหม่และเป็นด่านหน้าของบริการในชุมชนรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อนก่อนส่งต่อเข้ารับบริการยังสถานบริการที่อยู่ในระดับทุติยภูมิต่อไป⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษานันทินรี คงยืน⁽¹¹⁾ พบว่า การจัดระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีความครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละหน่วยจะต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) มีระบบรับผิดชอบประชาชน โดยต้องทราบว่าเป็นประชากรที่รับผิดชอบเป็นใครอยู่ที่ไหน 2) มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย การติดตามจัดระบบข้อมูล 3) จัดระบบให้เกิดความรวดเร็วในการรับบริการ 4) มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย

ด้านวิชาการ ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($P\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นจักรกลที่สำคัญในการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สามารถให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อประชาชนได้อย่างครบวงจร ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ การควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้ให้บริการผสมผสานแก่ผู้ป่วยในชนบทเป็นระยะเวลานานแล้ว สอดคล้องกับการวิจัยของ ชูชัย สุภวงศ์ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า ด้านวิชาการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ มุ่งเน้นให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองทางด้านวิชาการ

บทสรุป

รูปแบบระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้ประสิทธิผลเป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดอื่นๆ สามารถนำรูปแบบระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปประยุกต์ใช้กับการให้บริการระดับปฐมภูมิ ในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกับจังหวัดเชียงใหม่ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่ทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบระบบบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่ และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุข อำเภอดอยสะเก็ด ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งตอบแบบสอบถามวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แนวนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข. 2556.
- 2 สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2556.
- 3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2564. เอกสารอัดสำเนา. 2565.
- 4 สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2566; 10(1): 92-105.
- 5 Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row. 1997.
- 6 โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และประชาทิป กระทา. สุขภาพปฐมภูมิจากปรัชญาสู่ปฏิบัติการสุขภาพมิติใหม่. กรุงเทพมหานคร: สุขศาลา. 2551.
- 7 สุพัตรา ศรีวินชชากร และคณะ. สรุปเนื้อหาสำคัญ โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป รายงานผลการศึกษาฯ เล่มที่ 1 พ.ศ.2541. 2545.

- 8 รณิดา มนต์ขลัง. การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารธาตุพนมปริทรรศน์. 2560; 1(1): 46-61.
- 9 ไพจิตร วราจิต. คู่มือการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2552.
- 10 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. แนวปฏิบัติการบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนแบบบูรณาการ. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2556.
- 11 นันทินรี คงยืน. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560; 3(3): 374-387.
- 12 ชูชัย สุวงษ์ และคณะ. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2553.