

ISSN 0858 - 8899

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี
- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น
- ❖ สถานการณ์โรคหนองในของผู้รับบริการในคลินิกตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลจังหวัดเลย (พ.ศ.2556-2558)
- ❖ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
- ❖ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม
- ❖ แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคที่มารับบริการที่คลินิกวันโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี
- ❖ ผลของหนังสือเพื่อป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- เจ้าของ** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164
- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย และผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
 2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
 3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการวิจัยของสมาชิกเครือข่ายและผู้สนใจ
- ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์** นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา	นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค		
	ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค		
	แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ		
	รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล	นักวิชาการอิสระ		
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
รองบรรณาธิการด้านบริหาร	นางชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ		
รองบรรณาธิการด้านวิชาการ	ดร.เกษร แฉวโนนัง	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ		
ผู้จัดการ	นางสาวปวีณา จังภูเขียว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสรีนทร์ทิพย์ อุดมวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	นายทรงทรัพย์ พิมพ์ขายน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ		
	รศ.ดร. เลิศชัย เจริญธัญรักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น		
	รศ.ดร. ดาริวรรณ เศรษฐธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น		
	รศ.ดร. วงศา เล้าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น		
	ผศ.ดร.พรภา ศุภเวทย์ศิริ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น		
	ผศ.ดร. จิราพร เขียวอยู่	มหาวิทยาลัยขอนแก่น		
	ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์		
	นางลักษณา หลายทวีวัฒน์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	นางสาวกั้งสตาล สุวรรณรงค์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	ดร. เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	ดร. บุญทนาการ พรหมภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	ดร. กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	ดร.วันทนา กลางบุรัมย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
	พิสูจน์อักษร	นางสาวกมลทิพย์ ฤกษ์ภูรักษ์	นางสาวสุมาลี จันทลักษณ์	นายลือชัย เนียมจันทร์
		นางสาวมยุรา สีสาร	นางมานะราศรี ชันธเขต	นางสาวนาฏยา ปัญญาวัฒน์
ฐานข้อมูลและสารสนเทศ	นายธีระพงษ์ สิงห์โตหิน	นายทวี อารยะสุขวัฒน์	นายสุบรรณ ปฏิสุทธิ	
	นายต่อพงษ์ กังสรว			
กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่	นางสุพาพร เกลี้ยงกลาง	นางนิศรา เกิดเรณู		

E-mail address: Journal.dpc6@gmail.com

บรรณาธิการแปล



สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่นฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ. 2560 วารสารของเราพยายามสรรหาสาระทางวิชาการด้านสาธารณสุข และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้หลากหลาย เพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ประโยชน์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้มากขึ้น สำหรับในเล่มนี้มีผลงานวิชาการที่หลากหลายและน่าสนใจอยากเชิญชวนให้ท่านผู้อ่านได้หาความรู้ และเลือกอ่านได้ตามความสนใจ เช่น การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี โดยคุณสุปราณี สูงแข็ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยคุณวัชรบพิตร บังพิมาย และแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี โดยคุณจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และอื่นๆ อีกหลายเรื่อง ขอเชิญชวนทุกท่านได้เปิดอ่านรายละเอียดในเล่มได้เลยค่ะ นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <https://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/> และ <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JODKK>

พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. ดร.อดิสร วงศ์คงเดช | 6. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี |
| 2. ดร.บุญทนากร พรหมภักดี | 7. ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ |
| 3. รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวางกุล | 8. รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน |
| 4. ดร.สุทิน ชนะบุญ | 9. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ |
| 5. ผศ.ดร.พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ | 10. รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะ นวัตกรรมต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนวัตกรรมต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 2 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้น ๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 2 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นวัตกรรมต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการ ดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัดกุมได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิไทยต่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อบ้าง” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/ljji.html การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย	3.1 วารสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์. ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้
วิธีและวิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์	3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ 1. วิทยา สวัสดิ์ดุสิตพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ณวิวรรณ เขาวงกตพิณ, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6. 2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.
ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้	3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์ 1. คณะผู้เชี่ยวชาญจาก สมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สมาคม 2538; 24: 190-204.
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย	3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ 1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป	3.1.4 บทความในฉบับแทรก 1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรภิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.
3. การเขียนเอกสารอ้างอิง	การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวยกลงในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้	

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. N Z Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993; 325-33.

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาญ, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด พัฒนภรณ์. แอลกอฮอล์ กับ อุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539: 48: 616-20.

- ### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

ลำดับที่. ชื่อนิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มลนิธิเด็ก; 2535.

- ### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension
 Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension:
 diagnosis, and management. 2nd ed. New York:
 1995. p. 465-78.

ลำดับที่, ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อเรื่อง, ชื่อการประชุม, วัน เดือน ปีประชุม, สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

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; Kvoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92.

4.1 ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร Eucrosia UPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว และ Print หน้าเดียวลงในกระดาษขนาด A4 (21.6 X 27.9 ซม.) และส่งไฟล์ต้นฉบับเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD

- 4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสการ์ดแทนก็ได้หรือ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพโปสการ์ด

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 ชุด

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์
ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ
สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น หรือของ
กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความ
ของตน



การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ

(How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดลิขสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหนและเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250-350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไรและเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแห่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาดำเนินการ ตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามีการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสนองสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ที่ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นำนิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532 .
3. ธวัชชัย วรพงศธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรพรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน

☐ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....

โปรแกรม.....คณะ.....

☐ บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง

☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่น CD ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560 Volume 24 No.2 May - August 2017

สารบัญ

- ❖ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุดรธานี
สุปราณี สูงแข็ง, สมพร แวงแก้ว 1
- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น
สิริลักษณ์ วาริชศ, ประจักษ์ บัวมัน 10
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด
วัชรบพิตร บังพิมาย, พรณา สุกรเวทย์ศิริ 19
- ❖ การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยมเทศบาลนครขอนแก่น
ภคอร ใจทัยกิจ, ประจักษ์ บัวมัน 29
- ❖ สถานการณ์โรคหนองในของผู้รับบริการในคลินิกตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
โรงพยาบาลจังหวัดเลย (พ.ศ.2556-2558)
พนิดา กันหาทูล, ชลดา อยู่ศิริ, สุตาพร ปุจฉาภาณุจณ์ 38
- ❖ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี
น้ำทิพย์ อิ่มแอ้ม, ยวดี รอดจากภัย 46
- ❖ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา
อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม
กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ 59
- ❖ แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรค
ที่มารับบริการที่คลินิกโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ณัฐวรินทร์ โพธิ์ไธย, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ 68
- ❖ แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
ของอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์, สมนึก หงษ์อิม 78
- ❖ ผลของหนังสือเพื่อป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรือของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
กาญจนากร พันสาย, ยวดี รอดจากภัย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ 90

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดอุดรธานี

Factors influence to the treatment results of chronic kidney disease in Diabetic patients in Udon Thani province

สุปราณี สูงแข็ง สส.ม.(สังคมศาสตร์)

Supranee Soongkhong M.S.W.(Social Science)

สมพร แวงแก้ว วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

Somporn Wangkaew M.Sc.(Public Health)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Udon Thani Public Health Provincial Office

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังครั้งนี้ เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการป่วย และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2556 – เมษายน พ.ศ.2557 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน 256 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 ปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 จากฐานข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนโปรแกรม 43 แฟ้มของโรงพยาบาล นำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง อายุมากกว่า 40 ปี มีค่าดัชนีมวลกายที่สามารถควบคุมได้ในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3 (เพิ่มจากร้อยละ 32.4 เป็น 39.7) จากการประเมินระยะไตเรื้อรัง ระหว่างปี 2556 และปี 2557 พบว่าภาพรวมผลการรักษาไตวายระยะ 4-5 ลดลงมา ไตเรื้อรังระยะ 1-3 ร้อยละ 9.4 ลดจากร้อยละ 15.9 เป็น 6.5 โดยพบว่าผลการรักษามีค่ากรองไตดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 93.3 ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.5 (Median 130/74, SD±53.3/30.8) โดยเพิ่มจากร้อยละ 51.8 เป็น 88.3 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Median 8.1, SD±2.8) ที่ควบคุมได้ระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.7 โดยเพิ่มจากร้อยละ 45.1 เป็น 54.9, ระดับน้ำตาลในเลือด (Median 138, SD±53.8) ที่สามารถควบคุมได้ในระดับดีเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.4 โดยเพิ่มจากร้อยละ 33.4 เป็น 46.8 และพบว่าปัจจัยทำนายการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี เสี่ยง 1.79 เท่า (OR 1.79, 95%CI =1.790-1.794, p-value<0.001) ระดับน้ำตาลในเลือดเสี่ยง 1.67 เท่า (OR 1.67, 95%CI =1.167-2.394, p-value=0.005) ดัชนีมวลกายเสี่ยง 1.49 เท่า (OR 1.49, 95%CI =1.187-1.893, p-value<0.001) เพศชายเสี่ยง 1.46 เท่า (OR 1.46, 95%CI =1.141-1.886, p-value=0.003), ความดันโลหิตเสี่ยง 1.08 เท่า (OR 1.08, 95%CI =0.874-1.349, p-value<0.001) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเสี่ยง 0.75 เท่า (OR 0.75, 95%CI =0.608-0.937, p-value=0.011) เมื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางไตพบว่ามีความกรองไตเพิ่มขึ้น 2.08 เท่า (OR 2.08, 95%CI =0.013-0.933, p-value<0.001) สรุป การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโดยประเมินค่ากรองไตในผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้นโดยเฉพาะผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-2 สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน อาทิเช่น การรับรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมและค่าดัชนีมวลกายจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This retrospective analytical study was to study personal characteristic and patient characteristic factors influence to the treatment results of type 2 diabetes from the hospital in Udon Thani province area by the purposive sampling were included 256 sample, by questionnaires were employed to collected two set of data; the first in September, 2013 and second on April, 2014. The analysis approach of the descriptive statistics and inferential statistics were used multiple logistic regression with significant level of p -value = 0.05.

The results indicated that the most sample group were female which age 40 years and over. BMI good control were increasing 7.3% (from 32.4 to 39.7), overall of chronic kidney disease (CKD) patients not to increase, CKD Stages 4,5 decreasing to CKD Stages 1-3 were 9.4% from 15.9 down to 6.5%, the results treatment at estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) were decreasing from 32.9% up to 93.3%, blood pressure good control were increasing 36.5% (Median 130/74, $SD \pm 53.3/30.8$) increasing from 51.8 to 88.3%, HbA1c (Median 8.1, $SD \pm 2.8$) good control were increasing 9.7 increasing from 45.1 to 54.9%, fasting blood sugar (FBS) (Median 138, $SD \pm 53.8$) good control were increasing 13.4% increasing from 33.4 to 46.8% and found factors were could predicted the treatment results of type 2 diabetes with CKD stages significantly were as follows: age group lower than 40 years were risk to CKD stages at 1.79 times (OR 1.79, 95%CI =1.790-1.794, p -value<0.001), FBS at 1.67 times (OR 1.67, 95%CI =1.167-2.394, p -value=0.005), body mass index (BMI) at 1.49 times (OR 1.49, 95%CI =1.187-1.893, p -value<0.001), male at 1.46 times (OR 1.46, 95%CI =1.141-1.886, p -value=0.003), blood pressure at 1.08 times (OR 1.08, 95%CI =0.874-1.349, p -value<0.001) and HbA1c at 0.75 times (OR 0.75, 95%CI =0.608-0.937, p -value=0.011). While surveillance of risk factors was found that significant (p <0.001) according to eGFR. Conclusion: These findings illustrate the evaluation of eGFR with initial on special that CKD stage 1-2 could be increase to re-generate of renal function. The recommendations from this finding: the participation of the patient treatment such as diet and BMI could prevent complications of chronic renal failure in chronic kidney diseases.

Keywords: type 2 diabetes, chronic kidney disease

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของภาวะไตเรื้อรัง⁽¹⁾ จากรายงานการศึกษาพบว่าร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังร่วมด้วย และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งในประเทศไทยแถบยุโรป และในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการทำงานของไตมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular

filtration rate; eGFR) ที่ค่า < 60 มล.ต่อนาที ผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 ถึง 3 สามารถดูแลในคลินิกเบาหวานได้⁽³⁾ นอกจากนี้การศึกษาภาวะไตเรื้อรังในประเทศไทยยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเพิ่มขึ้น 49%⁽⁴⁾ ภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุจากมีโปรตีนขนาดเล็กรั่วออกมาจากภาวะความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้เกิดพยาธิสภาพที่กรองไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) เป็นภาวะเสี่ยงต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ⁽⁵⁾ คาดประมาณได้ว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง ซึ่งเป็น

สาเหตุนำของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁽⁶⁾ รายงานผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 จังหวัดอุดรธานีมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 5.62 (7,760 คน), 4.99 (7,001 คน) และ 2.51 (3,961 คน) ตามลำดับ แต่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือร้อยละ 31.95 (12,123 คน), 37.59 (26,464) และ 36.90 (26,944 คน) ตามลำดับ ปี พ.ศ.2556 มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 45,836 คน มีระดับ HbA1C <7% จำนวน 10,547 คน (ร้อยละ 37.30)⁽⁷⁾

การศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุดรธานีครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังระยะต่าง ๆ ในจังหวัดอุดรธานีดังกล่าว เพื่อที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะไตเรื้อรังตามมาได้ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะการป่วย และผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557
2. เพื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงต่อผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะการป่วยและผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการศึกษา ปี พ.ศ.2557 ดีขึ้นกว่าก่อนศึกษา ปี พ.ศ.2556
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความมีอิทธิพลต่อผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (A retrospective analytical study) มีขั้นตอนการจัดบริการโดยพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการปรับพฤติกรรมเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ได้แก่ปัจจัยเสี่ยงด้านอาหารและเฝ้าระวังดัชนีมวลกายที่เหมาะสม จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 ปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 จากฐานข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนโปรแกรม 43 แฟ้มของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่เครือข่ายหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่มีภาวะไตเรื้อรังแบ่งเป็นผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ 1) ข้อมูลผู้ป่วย วันที่ 30 กันยายน 2556 และ 2) ข้อมูลผู้ป่วย วันที่ 30 เมษายน 2557
2. ขนาดตัวอย่าง กรณีการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลตัวแปร 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน สูตรที่ใช้โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})\sigma}{\mu_1 - \mu_0} \right]^2$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

α = type I error กำหนดที่ 0.05

σ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร = 3.1⁽⁸⁾

Z_{α} = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งมีค่า Z เท่ากับ 1.96

β = type II error กำหนดที่ 0.05

Z_{β} = 1.64

Δ (delta) = $\mu_1 - \mu_0$ (mean difference) คือจากการศึกษาอัตราการกรองไตเฉลี่ยกลุ่มที่ศึกษาก่อน-หลัง = 47.0-43.9⁽⁸⁾

$$\text{แทนค่าตามสูตร } n = \left[\frac{(1.96+1.64)(3.1)}{(47.0-43.9)} \right]^2$$

ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 256 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวัดตัวแปรต้น เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยเจาะจงศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS: fasting blood sugar) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) การวัดประเมิน และแปลผลการวัดหมายถึง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปรากฏในบันทึกเวชระเบียน 43 แฟ้ม มีรายละเอียดดังนี้⁽⁹⁾

1.1 การวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานกำหนดให้ระดับความดันโลหิตไม่ควรมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

1.2 การประเมินดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) โดยภาวะน้ำหนักปกติวัดที่ค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 23 กก./ม.² ผู้ป่วยที่มี BMI < 18.5 ถือว่าขาดอาหาร คำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) หารส่วนสูงยกกำลังสอง (ม.²) เมื่อได้ค่า BMI นำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

1.3 ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ระดับ HbA1c มีดังนี้

ระดับ HbA1c	การแปลผล
ระดับ 1 ค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7	ป่วยแต่ไม่รุนแรง
ระดับ 2 ค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7-7.9	ป่วยต้องควบคุมเข้มงวด
ระดับ 3 ค่า HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8	ป่วยรุนแรง

1.4 ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร 8 ชม. (โดยสามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ) การแปลผลโดยค่าปกติ คือ 100 ถึง 125 mg/dL, ค่ามากกว่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL มีภาวะเป็นเบาหวาน

2. แบบวัดตัวแปรตาม เก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยประเมินจากผลการรักษาโรคไต⁽¹⁰⁾ ด้วยค่า eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) แปลผลเป็น 2 ค่า คือ ผลการรักษาไม่ดี (eGFR≥60 ml/min), ผลดี (eGFR<60 ml/min)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square test) วิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบหลายกลุ่ม (Multinomial Logistic regression) อธิบายด้วยค่า OR, 95% Confidence Interval ที่ p-value 0.05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยลักษณะการป่วย และผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 74.4, กลุ่มอายุ (Median 63, SD±10.4) มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 98.3, ค่า BMI (Median 24.9, SD±5.0) กลุ่มที่สามารถควบคุมได้ในระดับดี (< 23 Kg/m²) เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3 โดยเพิ่มจากร้อยละ 32.4 เป็น 39.7 ไม่มีผู้ป่วย CKD ระยะเพิ่มขึ้นในปี 2557 ภาพรวมผลการรักษาดี CKD ระยะที่ 4-5 ลดลงมาอยู่ในระดับ CKD ระยะที่ 1-3 ร้อยละ 9.4 ลดจากร้อยละ 15.9 เป็น 6.5, ระดับความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ในระดับดี (≤130/80 mmHg) เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.5 (Median 130/74, SD±53.3/30.8) โดยเพิ่มจากร้อยละ 51.8 เป็น 88.3, ค่า HbA1c (Median 8.1, SD±2.8) พบค่า HbA1c ที่สามารถควบคุมได้ในระดับดี (< ร้อยละ 7) เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.7 โดยเพิ่มจากร้อยละ 45.1 เป็น 54.9, ค่า FBS (Median 138, SD±53.8) พบค่า FBS ที่สามารถควบคุมได้ในระดับดี (< 126 mg/dl) เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.4

โดยเพิ่มจากร้อยละ 33.4 เป็น 46.8 ผลการทำงานของไตด้วยการประเมินค่า eGFR (median 83.3, SD±1.3) พบว่ามีผลการรักษาดี (ที่ eGFR≥60 ml/min) เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.4 โดยเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 93.3 ปัจจัยทำนายต่อภาวะไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงตามลำดับ ได้แก่

1. เมื่อมีผลการรักษาที่ดีจะทำให้การกรองไตดีขึ้น โดยพบค่า eGFR เพิ่มขึ้น 2.08 เท่า (OR 2.08, 95%CI =0.013-0.933, p-value<0.001)
2. กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่า 1.79 เท่า (OR 1.79, 95%CI=0.790-0.794, p-value<0.001)
3. ค่า FBS (น้อยกว่า< 126 mg/dl) เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่า 1.67 เท่า (OR1.67, 95%

CI=1.167-2.394, p-value=0.005)

4. ค่า BMI (น้อยกว่า 23 Kg/m²) เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่า 1.49 เท่า (OR 1.49, 95% CI=0.187-0.893, p-value<0.001)

5. เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่าเพศหญิง 1.46 เท่า (OR 1.46, 95%CI=0.141-0.886, p-value=0.003)

6. ระดับความดันโลหิต ค่าดี (≤130/80 mmHg) เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่า 1.08 เท่า (OR 1.08, 95%CI =0.374-0.849, p-value<0.001)

7. HbA1c ระดับดี (น้อยกว่าร้อยละ 7) เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตน้อยกว่า 0.75 เท่า (OR 0.75, 95% CI=0.608-0.937, p-value=0.011) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยลักษณะการป่วย และผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 (n= 256)

ปัจจัย	ปี พ.ศ.2556		ปี พ.ศ.2557		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	66	25.6			0.003**
หญิง	190	74.4			
			Crude OR: 1.46, 95% CI: 0.141-0.886		
อายุ					
ต่ำกว่า 40 ปี	4	1.7			<0.001**
≥ 40 ปี	252	98.3			
	Median 63	SD 10.4			
			Crude OR: 1.79, 95% CI: 0.790-0.794		
BMI					
ค่าดี BMI < 23 Kg/m ²	83	32.4	102	39.7	<0.001**
ค่าไม่ดี BMI ≥23 Kg/m ²	173	67.6	154	60.3	
	Median 24	SD 7.1	Median 24.9	SD 5.0	
			Crude OR: 1.49, 95% CI: 0.187-0.893		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยลักษณะการป่วย และผลการรักษาภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 (n= 256) (ต่อ)

ปัจจัย	ปี พ.ศ.2556		ปี พ.ศ.2557		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
CKD Stages					
CKD Stages 1-3 (ดี)	215	84.1	239	93.5	<0.001**
CKD Stages 4-5 (ไม่ดี)	41	15.9	17	6.5	
Crude OR: 2.08, 95% CI: 0.013-0.933					
ระดับความดันโลหิต					
ค่าดี ≤130/80 mmHg	133	51.8	226	88.3	<0.001**
ค่าไม่ดี >130/80 mmHg	123	48.2	30	11.7	
	Median	SD	Median	SD	
	130/75	20.1/22.8	124/68	16.2/10.8	
Crude OR: 1.08, 95% CI: 0.374-0.849					
ค่า HbA1c					
HbA1c ดี <7%	70	27.4	115	45.1	0.011*
HbA1c ไม่ดี ≥ 7% ขึ้นไป	186	72.6	141	54.9	
	Median 8.3	SD 3.3	Median 8.1	SD 2.8	
Crude OR: 0.75, 95% CI: 0.608-0.937					
ระดับ FBS					
FBS <100 mg/dl	28	11.1	49	19.0	0.005**
FBS 100-125 mg/dl	57	22.4	71	27.8	
FBS > 126 mg/dl	74	28.9	51	20.1	
FBS < 126 mg/dl	43	16.9	32	12.6	
FBS 126-154 mg/dl	53	20.7	52	20.5	
	Median 139	SD 58.2	Median 138	SD 53.8	
Crude OR: 1.67, 95% CI: 1.167-2.394					
ผลตรวจการกรองไต					
ผลไม่ดี (eGFR<60 ml/min)	172	67.1	17	6.7	<0.001**
ผลดี (eGFR≥60 ml/min)	84	32.9	239	93.3	
	Median 67.4	SD5.0	Median 83.3	SD1.3	
Crude OR: 2.08, 95% CI: 0.013-0.933					

*ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05, **ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเพศหญิงกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี มีค่า BMI สามารถควบคุมได้ระดับดี (เพิ่มจากร้อยละ 32.4 เป็น 39.7) ภาพรวมผลการรักษามีไตวายระยะ 4-5 ลดลงมาในระดับ 1-3 (ลดลงจากร้อยละ 15.9 เป็น 6.5) ผลการรักษามีค่ากรองไตดีขึ้นจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 93.3 เป็นตามสมมติฐานที่ 1 ซึ่งอาจจะไม่ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปร้อยละ 2.9 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่พบการทำงานของไตมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตค่า GFR < 60 มล.ต่อนาที ไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 สามารถดูแลในคลินิกเบาหวานได้⁽³⁾ ระดับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.8 เป็น 88.3 ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่สามารถควบคุมได้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.1 เป็น 54.9 ระดับน้ำตาลในเลือดที่ควบคุมได้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.4 เป็น 46.8 ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามผู้ป่วย 2 กลุ่มหลังการศึกษา 10 ปี โดยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเท่าเทียมกัน พบว่าจะลดอัตราการเกิดไตวายได้ถึงร้อยละ 24 เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัยโรคเบาหวาน⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dodhia⁽¹³⁾ ที่ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคเบาหวาน มีค่าความดันโลหิตระยะเวลาการป่วยเบาหวาน และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีการควบคุม และจากการศึกษานี้เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงทางไตลดลงทำให้การกรองไตดีขึ้น ค่า eGFR เพิ่มขึ้น 2.08 เท่า น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) < 7% เป็นตามสมมติฐานที่ 2 สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อไตเสียหายที่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าภาวะไตเสื่อมการทำงานมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต⁽¹⁴⁾ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม⁽¹⁵⁾ ดีกว่าการศึกษาในประเทศจีน (HbA1c > 7.5%)⁽¹⁶⁾ และระดับน้ำตาลใน

เลือดสูง^(17,18)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกลี อุตสาหการ⁽¹⁹⁾ และสุเทพ จันทรมณีกุล⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาภาวะเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ผลจากการศึกษารังนี้แสดงได้ว่าการใช้ค่าประมาณการกรองไต (eGFR) ในการประเมินระยะการป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายระยะ 1-2 จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์

1.1 สิ่งที่ค้นพบจากการศึกษารังนี้แสดงได้ว่าผลการรักษามีค่ากรองไตดีขึ้นเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-2 สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของไตให้ดีขึ้นได้ซึ่งการค้นพบไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นทำให้การรักษาง่าย เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกาย อาจช่วยชะลอความเสื่อมของโรคไตได้เพิ่มขึ้น

1.2 การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาโรคเบาหวาน อาทิเช่น การรับรู้ด้านอาหารที่เหมาะสมและค่าดัชนีมวลกายจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาโดยเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลเพื่อศึกษาเฉพาะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานอย่างละเอียดและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ระบบประสาท ระบบหลอดเลือด และหัวใจ เป็นต้น

2.2 ศึกษาโดยตามไปข้างหน้าระยะยาว 10-15 ปี โดยการศึกษาไปข้างหน้าระยะยาว (cohort study) เพื่อการติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว รวมทั้งการบอกธรรมชาติของโรคในโรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ เพื่อวางแผนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในอนาคต และเปรียบเทียบกับผลการรักษาในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ปรึกษา รวมทั้งท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ได้ช่วยให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Media centre Fact sheets no 312. Diabetes 2010.[internet]. [cited 2014 November 9]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312_2010.pdf
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2010 (Position statement). Diabetes Care 2010; 33 (suppl 1): S11-61.
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, จักรกริช ใจวัศศิริ.แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555: 9-13.
- พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต, อัมรินทร์ ทักขินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ทูลสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557:2-3.
- Parving HH, Gall MA, Skott P, Jorgensen HE, Lokkegaard H, Jorgensen F, et al. Prevalence and causes of albuminuria in non-insulin-dependent diabetic patients. Kidney Int 1992; 41(4): 758-62.
- Mogensen CE. Progression of nephropathy in long-term diabetics with proteinuria and effect of initial antihypertensive treatment. Scand J Clin Lab Invest 1976; (36): 383-8.
- เขตสุขภาพที่ 8. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เขตสุขภาพที่ 8; 2557: 2-7.
- นิลนาถ เจียอ, อนุชิต วังทอง. ผลการปรับเปลี่ยนการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552; 19(1): 9-17.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 การบริหารงบบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง.นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์; 2554.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 2012;(35): S64-71.
- สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เอกสารข้อมูล: สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Diabetes fact sheet. MedResNet 2556; 3 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.idf.org>
- Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008; (359): 1577-89.
- Dodhia SS, Vidja K, Bhabhor M, Kathrotia R, Vala N, Joshi V. Factors Affecting Progression of Nephropathy in Type 2 Diabetes Mellitus. AIIMS Rishikesh; 2011: 1-6.
- Rossing K, Christensen PK, Hovind P, Tarnow L, Rossing P, Parving HH. Progression of nephropathy in type 2 diabetic patients. Kidney Int 2004; 66(4): 1596-1605.

15. Retnakaran R, Cull CA, Thorne KI, Adler AI, Holman RR. Risk factors for renal dysfunction in Type 2 Diabetes. *Diabetes* 2006; June 55(6): 1832-39.
16. Zhaolan L, Fu C, Wang W, Xu B. Prevalence of chronic complications of type 2 diabetes mellitus in outpatients – a cross-sectional hospital based survey in urban China. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; (8):62.
17. Wijesuriya MA, De-Abrew WK, Weerathunga A. Association of chronic complications of type 2 diabetes with the biochemical and physical estimations in subjects attending single visit screening for complications. *National Diabetes Centre, Sri Lanka: J Diabetol* 2012: 1-3.
18. Alwakeel JS, Isnani AC, Alsuwaida A, AlHarbi A, Shaikh SA, AlMohaya S, et al. Factors affecting the progression of diabetic nephropathy. A single-center experience. *Saudi Arabia: Ann Saudi Med* 2011; 31(3): 236-42.
19. เกวลี อุตสาหการ, จารุกวี สอนคามิ, จิรยุทธ ใจเขียนดี, ภูษิษฐ์ สุวรรณพัฒนารณ, รุ่งกานต์ แสงศิริ, สมบัติ ภูวนกุล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ microalbuminuria ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารโรงพยาบาลพิจิตร* 2555; 27(2): 56-9.
20. สุเทพ จันทรเมธิกุล. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *โรงพยาบาลมุกดาหาร[ออนไลน์].* 2554 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2556]. เข้าถึงได้ จาก: http://www.mukhos.go.th/site/data/research_1333503317_sutep.pdf

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น

Factors affecting the performance of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province

สิริลักษณ์ วาริยศ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)*

Siriluk Variyooth M.P.H. (Public Health)*

ประจักษ์ บัวผัน ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)**

Prachak Bouphan Ph.D. (Development Science)**

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

*Sichomphu District Public Health Office, Khon Kaen

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**The faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 170 คนจากประชากรทั้งหมด 787 คนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) และตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 12 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช 0.98 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุमान ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากการศึกษา พบว่าแรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.= 0.50) การสนับสนุนจากองค์กรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D.= 0.55) และการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.= 0.60) แรงจูงใจในส่วนของปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยด้านความรับผิดชอบและการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 60.9 ($R^2=0.609$ p-value <0.001) โดยผลการวิจัยในครั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล

คำสำคัญ: แรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล

Abstract

This cross-sectional descriptive research was aimed to study factors affecting the performance of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province. The population of this study was 787 family care team sub-district level. Data were collected by questionnaire in 170 people using simple random sampling technique. And 12 key informants for focus group. The questionnaire examined and verified by three experts in validity of the content and tested for reliability in pilot study (Cronbach alpha coefficient 0.98). The data was then analyzed using a package computer program. Percent, average, standard deviation, median, minimum and maximum. Pearson correlation and multiple linear regression, content analysis were used to analyzed the data.

The results showed that the level of overview motivation and factor of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province were at high level with averages 3.59 (S.D.= 0.50). The organizational support were at moderate level with averages 3.31 (S.D. = 0.55). The performance of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province was at high level with averages 3.88 (S.D. = 0.60). Two hygiene factor; policies and an administration organizational support in management could predict the performance of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province a statistically at 60.9% ($R^2=0.6.9$, p -value <0.001). Public health organization can be using the results of this study to make plan to improve and develop the performance of family care team members at sub-district level in Khon Kaen province.

Keywords: motivation, organizational support, family care team

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11⁽¹⁾ ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้าน ปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงซึ่งมีการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงตามไปด้วย ไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายที่ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาลที่มีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำกัน และสร้างสรรค์สังคมเพื่อสร้างความมั่นคงและยั่งยืนของการพัฒนาคนและประเทศไทย โดยเน้นการดูแล 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative Care)⁽²⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีหน้าที่หลักเป็นทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ซึ่งทีมหมอครอบครัวระดับตำบล หมายถึง ทีมที่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบด้วยหลายวิชาชีพ เช่น พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ทันตภิบาล ทำงานร่วมกันในการดูแลประชาชน ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น สามารถที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครบถ้วนในทุกมิติ อันประกอบด้วยการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค⁽²⁾

แนวทางในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การดูแลเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย 3) การดูแลรักษาเยียวยาบำบัดฟื้นฟู 4) ให้คำปรึกษาแนะนำ 5) การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ 6) การเสริมพลังให้ประชาชนเข้าใจสุขภาพตนเอง 7) การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว และมีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างวิชาชีพกับสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล มีการพัฒนาศักยภาพของทีมหมอครอบครัวเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน⁽²⁾ ซึ่งการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลเป็นการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนในระดับตำบล มีผู้วิจัยการปฏิบัติงาน พบว่าการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก^(3,4)

แรงจูงใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลโดยปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะงาน

4) ความรับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และ ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factor) ประกอบด้วย 1) เงินเดือน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) การปกครองบังคับบัญชา 4) นโยบายและการบริหาร 5) สภาพการปฏิบัติงาน 6) สถานภาพของวิชาชีพ 7) มั่นคงในการปฏิบัติงาน 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁵⁾ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานนั้น ไม่ใช่การเอาอกเอาใจ แต่ต้องทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคล ซึ่งทำให้บรรยากาศในการทำงานนั้น ส่งผลต่อบุคคลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีการร่วมแรงร่วมใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเกิดความสุขในการปฏิบัติงาน⁽⁶⁾ ทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล จะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคน ซึ่งมีผู้วิจัยพบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก และพบว่าตัวแปรด้านความรับผิดชอบด้านการยอมรับนับถือ^(7,8) นอกจากปัจจัยแรงจูงใจแล้ว ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การก็มีผลต่อการปฏิบัติงาน สมาชิกของทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ และ 4) ด้านการบริหารจัดการ⁽⁹⁾ ซึ่งถ้ามีการสนับสนุนจากองค์การที่ดีมีการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานถึงสภาพการณ์ด้านต่าง ๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับจากองค์การภายใต้การปฏิบัติงาน และมีความสอดคล้องกับการสนับสนุนซึ่งผู้ปฏิบัติงานคาดหวังจากองค์การจะทำให้การปฏิบัติงานของทีมหมอกรอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁰⁾ การสนับสนุนจากองค์การเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล เพื่อให้มีการพัฒนาต่อเนื่องและยั่งยืน พบว่าการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก และพบว่าตัวแปรด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(11,12) ในการดำเนินงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลของจังหวัดขอนแก่น พบว่ามีปัญหาเริ่มตั้งแต่การปฏิบัติงานในการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลรักษาเฝ้าระวังและบำบัดฟื้นฟูในการ

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ชุมชน ขณะที่บุคลากรมีน้อยจนไม่สามารถออกติดตามเยี่ยมได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความพร้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานขาดการกระตุ้นและสนับสนุนในการดำเนินงาน และตลอดจนการสื่อสารในระดับนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยังไม่เข้าใจในรายละเอียดหรือการส่งสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลต่อการปฏิบัติในระดับสาธารณสุขจังหวัดทำให้ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน การประสานความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนนโยบายหมอกรอบครัวในระดับเครือข่ายบริการบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดในการจัดทีม และการลงเยี่ยมประกอบกับหลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และการสนับสนุนจากองค์การ มีผลต่อการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการมีส่วนร่วมโครงการเช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในระดับ ปัจจัยจูงใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล ตลอดจนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น เพื่อสามารถนำไปใช้เป็นทิศทางในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นรวมถึงการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่นให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์การ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น
2. ระดับแรงจูงใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น
3. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 787 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่นจำนวน 170 คน และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คนโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุของ Cohen⁽¹³⁾ จะได้จำนวนขนาดตัวอย่างเท่ากับ 17 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างน้อย ผู้วิจัยจึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Nunnally and Bernstein⁽¹⁴⁾ ขนาดตัวอย่าง 10 ตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด 17 ตัวแปร ผู้วิจัยจึงได้ขนาดตัวอย่าง 170 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสำรวจจำนวนและนำรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล) ทั้งหมด 787 คนมาทำการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบ 170 ตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบล รวมทั้งสิ้น 12 คน ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด 1 คน สาธารณสุขอำเภอ 1 คน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 5 ส่วนได้แก่ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลเป็น Nominal scale อายุและรายได้เป็น Ratio scale ส่วนที่ 2

แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจหลักทุกด้าน เป็น Interval scale ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การทุกด้าน เป็น Interval scale ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลทุกด้านเป็น Interval scale โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert)⁽¹⁵⁾ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากตอบระดับมากที่สุด คิดเป็น 5 คะแนน ตอบปฏิบัติมากคิดเป็น 4 คะแนน ตอบปฏิบัติปานกลางคิดเป็น 3 คะแนน ตอบปฏิบัติน้อยคิดเป็น 2 คะแนน และตอบปฏิบัติน้อยที่สุดคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิดโดยให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนทนากลุ่ม เป็นการนำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหานั้นมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามและแบบคำถามการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานการบริหารจัดการคล้ายคลึงกัน และมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของด้านแรงจูงใจได้เท่ากับ 0.97 ด้านสนับสนุนจากองค์การได้ค่าเท่ากับ 0.95 ด้านการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวได้เท่ากับ 0.97 และภาพรวมทั้งหมดได้เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การแปลผล

การแปลผลคะแนนแรงงใจการสนับสนุนจากองค์กรและการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลโดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ยดังนี้

มากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00

มาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49

ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49

น้อย มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49

น้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2559 เลขที่ HE 582327 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 29 มกราคม ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 35.3 อายุเฉลี่ย 37.28 ปี (S.D. = 9.49 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 67.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.4 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 38.2 รายได้ระหว่าง 20,001 - 30,000 ปี ร้อยละ 40.6 รายได้เฉลี่ย 26,309.17 บาท (S.D. = 9,271.45 บาท) รายได้ต่ำสุด 11,000 บาท และรายได้สูงสุด 47,860 บาท ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 41.2

เฉลี่ย 3.14 ปี (S.D. = 1.60 ปี) ค่ามัธยฐาน = 3 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 5 ปี

2. ระดับแรงงใจของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาแรงงใจพบว่า ภาพรวมแรงงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.50) แรงงใจด้านปัจจัยแรงงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. = 0.51) แรงงใจด้านปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.53 (S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าแรงงใจด้านสภาพของวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D. = 0.87) รองลงมา คือด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.60) ส่วนด้านค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D. = 0.73) และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D. = 0.82)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรค่าเฉลี่ยที่มากที่สุดคือ ด้านการบริหารจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.48 (S.D. = 0.71) รองลงมาคือด้านบุคลากร ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D. = 0.68) ส่วนด้านค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01 (S.D. = 0.87) และด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.33 (S.D. = 0.72)

4. ระดับการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการดูแลรักษาเยียวาบำบัดฟันพู่อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.00 (S.D. = 0.74) รองลงมา คือด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D. = 0.68) ส่วนด้านค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านการให้คำปรึกษาแนะนำอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

3.69 (S.D.= 0.74) และด้านการดูแลในกรณีมีการส่งต่ออยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.40 (S.D.= 0.82)

5. แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่นที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการ คือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการคือแรงจูงใจในส่วนของปัจจัยด้านนโยบาย และการบริหาร (p-value<0.001) ปัจจัยจูงใจในด้านความรับผิดชอบ (p-value<0.001) และการสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ (p-value < 0.001)

จากผลการศึกษาสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้ $Y = 0.689 + (0.341) (\text{ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร}) + (0.310) (\text{ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ}) + (0.203) (\text{การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ})$ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ และการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1 หน่วย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ให้คงที่ จะทำให้การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล (Y) เพิ่มขึ้น 0.341 0.310 และ 0.203 หน่วยตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 0.689 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 60.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²
1. ปัจจัยด้านนโยบาย และการบริหาร	0.310	0.309	5.037	<0.001	0.756	0.571
2. ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ	0.341	0.382	5.851	<0.001	0.698	0.487
3. การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ	0.203	0.240	4.013	<0.001	0.781	0.609

ค่าคงที่ = 0.689, F = 86.279, p-value = < 0.001, R = 0.781, R² = 0.609

6. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่นโดยภาพรวม ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 170 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 35 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 20.6 จากปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะพบว่า 1) เจ้าหน้าที่ขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานการเป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ดังนั้นหน่วยงานควรมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ

ในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลให้ชัดเจน 2) นโยบายในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลไม่ชัดเจน ดังนั้นควรมีการจัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบลสู่ผู้ปฏิบัติอย่างทั่วถึงและครอบคลุม 3) ด้านบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ดังนั้นควรมีการเพิ่มบุคลากรตามกรอบกำลังที่ยังขาดแคลน

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ และการสนับสนุนจากองค์การ ด้านการบริหารจัดการ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 60.9 เนื่องจากสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลจังหวัดขอนแก่น ที่มีปัจจัยด้านนโยบาย และการบริหารย่อมมีความสามารถในการกำหนดนโยบาย และบริหารจัดการ การปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล ส่วนปัจจัยด้านความรับผิดชอบนั้น เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ความตระหนักและความตั้งใจในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล ส่วนการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการนั้น เกี่ยวข้องกับการประสานงานร่วมกันภายในทีม และมีการจัดโครงสร้างที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล อีกทั้งยังมีการประเมินผลในการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว สันติ ธรรมิ และ ประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁶⁾ พบว่าแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร เช่นเดียวกันกับการศึกษา วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁷⁾ พบว่าแรงจูงใจสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ เช่นเดียวกันกับการศึกษา นรินทร์ ถาละคร และประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁸⁾ พบว่าการสนับสนุนจากองค์การสามารถพยากรณ์การ

ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดนโยบาย และการบริหารในการทำงานโดยนำผลการดำเนินงานมากำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการบริหารจัดการในการทำงานให้เป็นแบบผังการดำเนินงาน (Flowchart) ในปฏิบัติงานทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางความรับผิดชอบต่อการทำงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล
2. ควรมีการศึกษาแนวทางการส่งเสริมนโยบายการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ประจำหลักสูตรสาขาวิชาริชาตบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ความเข้าใจและให้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ต่าง ๆ อันมีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัยและขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสมาชิกทีมหมอกรอบครัวระดับตำบลในจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ (พ.ศ.2555-2559). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
2. การบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือทีมหมอครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
3. สุมาลี ลาลังสิต, ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2557; 14(3): 67-80.
4. สิทธนะ วชิระสิริกุล, วสุธร ต้นวัฒนกุล, นิภาพร ช่างพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออัตราความสำเร็จในการปฏิบัติงานตามแนวทางควบคุมโรคแห่งชาติของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2557; 9(2): 76-84.
5. Herzberg F. The Motivation to Work. USA: Transaction Publishing; 1993.
6. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
7. จิรัชยา คำพิมพ์, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันต-สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสาธารณสุขที่ 10 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2556; 24(1): 109-20.
8. มัลลิกา เทพอ่อน, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 11. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2554; 14(1): 49-58.
9. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สาเจริญพานิชย์; 2545.
10. Eisenberger R, Huntington R, Huntington S, Sowa D. Perceived organizational support. J Appl Physiol 1986; 71: 500-7.
11. ภูธร สารสวัสดิ์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555; 6(2): 21-33.
12. สมพร อุ่นคำ, ประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยจังหวัดเลย. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.) 2553; 10(3): 61-74.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Department of psychology New York University; 1988.
14. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
15. Likert R. "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son; 1967: 90-5.
16. สันติธรณี, ประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจการปฏิบัติงานเพื่อระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2558; 14(1): 46-54.
17. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส, ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2558; 13(2): 109-20.

18. นิรันดร์ ธาระคร, ประจักษ์ บัวผัน.ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูล สถานื่อนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานื่อนามัย จังหวัด. วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)2554;16(5): 542-50.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด

Factors related with leptospirosis in Roi-Et province

วัชรบพิตร บังพิมาย ส.ม. (วิทยาการระบาด)*

Wacharabopit Bangpimai M.P.H. (Epidemiology)*

พรนภา สุกรเวทย์ศิริ ปร.ด. (วิทยาการระบาด)**

Pornnapa Sugaravetsiri Ph.D. (Epidemiology) **

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บะตากา

*Bataka Tambon Health Promotion Hospital

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Matched case-control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2557 กลุ่มผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส จำนวน 62 คน และกลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 124 คน ซึ่งผู้วิจัยจับคู่กันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมที่เป็นเพศเดียวกัน อายุห่างกันมากน้อยไม่เกิน 5 ปี มีอาชีพและอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน เก็บข้อมูลด้วยแบบคัดลอกเวชระเบียน และแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีเงื่อนไข (Conditional logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดี่ยวพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่สวมใส่ถุงมือยางขณะทำกิจกรรมทางเกษตรกรรม ($mOR = 2.08$, 95%CI: 1.01 – 4.29) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงพหุคูณแบบมีเงื่อนไข พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.024$) ได้แก่ การไม่สวมใส่รองเท้าบูทขณะทำกิจกรรมทางเกษตรกรรม ($mOR_{adj} = 2.20$, 95%CI: 1.11–4.35)

จากผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรที่ไม่สวมรองเท้าบูทขณะทำกิจกรรมทางการเกษตรเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ดังนั้นควรให้รู้สึกร่วมกับเกษตรกรและประชาชนทั่วไปสวมรองเท้าบูททุกครั้งสัมผัสน้ำ ดินโคลนที่เปียกแฉะอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

Abstract

This a matched case-control study aims to identify factors related to leptospirosis that were treated in government hospital of Roi-Et province during January 1, 2013 to December 31, 2014. The cases were 62 leptospirosis patients and the controls were 124 patients without leptospirosis. The case and control group were matched by sex age $\pm$ 5 years occupation and village. The data were collected using interview questionnaires and from patients' medical records. For the data analyses, descriptive statistics were used to summarise baseline characteristics of patients. A univariate analysis using simple logistic regression was performed to identify the

factors related to leptospirosis patients. A multivariate analysis using conditional logistic regression.

The results show that, most patients were female, 69.35%. In univariate analysis, the factors significantly related to leptospirosis were: not wearing rubber gloves while doing agricultural activities (OR = 2.08, 95% CI: 1.01 – 4.29). In the multivariate analysis, the factors significantly related with leptospirosis: not wearing shoes while doing agricultural activities (OR = 2.20, 95% CI: 1.11–4.35)

The results of this study can be concluded that the strong risk factors for leptospirosis in Roi-Et province are: not wearing above all boots while performing agricultural activities. An intensive health education is need to prevent or reduce the incidence of leptospirosis in community. The health education should focus on the need to wear boots when performing agricultural in water or moist soil.

Keywords: leptospirosis, factors related.

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทย เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน⁽¹⁾ โดยส่วนใหญ่เกิดการระบาดในภาวะน้ำท่วม และการติดเชื้อมักเกี่ยวข้องกับการสัมผัสน้ำโคลน ดินที่เปียกชื้น ที่ปนเปื้อนเชื้อเลปโตสไปรา⁽²⁾ ซึ่งจากการรายงานโรคของสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 25 ตุลาคม พ.ศ. 2557 พบอัตราป่วย 2.74 ต่อประชากรแสนคน โดยส่วนใหญ่พบอัตราป่วยในเพศชายมากกว่าหญิง 4.16 เท่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 45–54 ปี ร้อยละ 22.45 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 58.7 ซึ่งจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ระนอง พบอัตราป่วย 15.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือศรีสะเกษ 13.83 ต่อประชากรแสนคน ส่วนภูมิภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราป่วย 4.78 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ อัตราป่วย 4.49 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ เนื่องจากจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อุบัติการณ์ของโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งจะเห็นได้จากในปี พ.ศ.2556 พบอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสสูงถึง 6.28 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราป่วย 13.39 ต่อประชากรแสนคน และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

2.6 เท่า⁽³⁾ จากการศึกษารายงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสที่ผ่านมาพบว่าเกษตรกรผู้ทำนาที่มีการสัมผัสดิน โคลนที่มีน้ำขังเฉอะแฉะเป็นเวลานาน และมีการทำกิจกรรมทางการเกษตรโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน เช่น การสวมรองเท้าบูท การใส่ถุงมือยาง และจากการศึกษาในประเทศไทยยังมีน้อยและการศึกษานี้ยังไม่เคยศึกษาในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการทำนาตลอดทั้งปีซึ่งเกษตรกรมีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอยู่ประจำจึงทำให้ประชากรในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีประสิทธิภาพทำให้ลดอัตราป่วยของโรคเลปโตสไปโรซิส รวมทั้งการติดตามเฝ้าระวังโรค และภาวะสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอาชีพความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Matched case-control study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ถูกรายงานว่าเป็นผู้ป่วย เลปโตสไปโรซิส รหัสโรค 43 ในระบบการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของจังหวัดร้อยเอ็ด ในระหว่าง 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2557

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มผู้ป่วย (Case group)** คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 21 แห่งในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นผู้ป่วยโรค เลปโตสไปโรซิส

2. **กลุ่มควบคุม (Control group)** คือ ประชาชนที่ไม่ป่วยด้วยโรค เลปโตสไปโรซิสมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ศึกษาโดยจับคู่ตัวแปร 4 ตัวแปรได้แก่ เพศเดียวกัน กลุ่มผู้ป่วย อายุมากกว่าหรือน้อยกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน และมีอาชีพเดียวกัน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากรูปแบบการศึกษา Matched case-control study⁽⁴⁾ โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$m = \frac{[(Z_{\alpha/2}/2 + Z_{\beta}\sqrt{P(1-P)})]^2}{(P\frac{1}{2})^2}$$

กำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเป็นร้อยละ 95 ดังนั้น ($Z_{\alpha/2} = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

Z_{β} คือ ค่า Z ที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบเป็นร้อยละ 90 ดังนั้น ($\beta = 0.10$) มีค่าเท่ากับ 1.28

M, m คือ จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมที่มีประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยง

P คือ $\Psi / 1 + \Psi$ เมื่อ Ψ หมายถึงค่า Odds ratio (OR) เมื่อกำหนดค่า OR เท่ากับ 4.88⁽⁸⁾ ดังนั้น P มีค่า

เท่ากับ 0.83

P_0 คือ สัดส่วนผู้สัมผัสปัจจัยเสี่ยงและป่วยเป็นโรค เลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.73⁽⁸⁾ โดยที่ q_0 เท่ากับ $1 - P_0$ ดังนั้น q_0 เท่ากับ 0.27

P_1 คือ สัดส่วนผู้สัมผัสปัจจัยเสี่ยงและไม่ป่วยเป็นโรค เลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.76⁽⁸⁾ โดยที่ q_1 เท่ากับ $1 - P_1$ ดังนั้น q_1 เท่ากับ 0.24

P_c คือ $(P_0 q_1 + P_1 q_0)$ เท่ากับ 0.3675

เมื่อแทนค่าตามสูตรจะได้จำนวนผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 55 ราย

จากนั้นทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์ด้วย Multiple Conditional logistic regression โดยใช้สูตรคำนวณ⁽⁵⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2 \cdot 1.2.3 \dots p}$$

โดยที่ ρ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple correlation) ระหว่างตัวแปรต้นที่สนใจกับตัวแปรต้นอื่นๆ ที่เหลือ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรผู้ป่วยกับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่ศึกษาทั้งหมด

n คือขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการประมาณในกลุ่มป่วย

n_p คือขนาดตัวอย่างที่มีการปรับค่า ρ

เมื่อมีการแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการป่วย กับตัวแปรต้นอื่นๆ ที่ต้องการศึกษาทั้งหมด ด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกันเองที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไป และความเป็นไปได้ของการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.7 ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) จำนวน 108 คน

แต่เนื่องด้วยรายงานผู้ป่วยด้วยโรค เลปโตสไปโรซิสของจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2557 มีผู้ป่วยที่รายงาน และตรงกับนิยามของผู้ป่วยที่ได้กำหนดไว้จำนวน 62 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก

ผู้ป่วยเข้าทำการศึกษาทั้งหมดทำให้ในการศึกษานี้มีขนาดตัวอย่าง กลุ่มศึกษา จำนวน 62 คน กลุ่มควบคุม 124 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 186 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยจะใช้ตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐจังหวัดร้อยเอ็ดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2557 ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 62 คน ส่วนกลุ่มควบคุมใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยแยกโรค ตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 124 คน โดยใช้อัตราส่วน 1:2 ในทุกโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมป้องกันโรค และด้านสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) โดยนำเอาแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบ และแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร คือประชาชนผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่ไม่เป็นกลุ่มประชาชนที่นำมาศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ในส่วนของปัจจัยด้านความรู้ ด้วยวิธี คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) โดยใช้สูตร KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.868 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมเสี่ยงวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.869

แบบคัดลอกเวชระเบียน ประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ ผลการตรวจวินิจฉัยแล็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเจ็บป่วยอื่นๆ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดต่อประสานงานโดยส่งหนังสือจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น แจ้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดและสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ จากนั้นประสานงานและขอความร่วมมือประธานและผู้รับผิดชอบศูนย์ระบาดวิทยาของแต่ละอำเภอ ขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ขอคำยินยอมและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล

1. ด้านความรู้เป็นชุดคำถามเรื่องความรู้โรคเลปโตสไปโรซิสจำนวน 17 ข้อ วัดเป็น ความรู้คือได้คะแนนความรู้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ไม่ดีคือได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ตามหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์ logistic regression

2. ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมเสี่ยงเป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจำนวน 23 ข้อ เกณฑ์วัดเป็น 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน อ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคิร์ท (likerts scale) การแปลผลระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม 2 กลุ่ม ตามหลักการวิเคราะห์ logistic regression โดยให้คะแนนการปฏิบัติทุกครั้ง คือ ทำ และให้คะแนนปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คือ ไม่ทำ

3. ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย จำนวน 8 ข้อ วัดเป็น มี ไม่มี ตาม

หลักเกณฑ์การวิเคราะห์ logistic regression

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิส การวิเคราะห์ univariate analysis ตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์กำหนดค่า p-value ที่ 0.25 ใช้สถิติถดถอยลอจิสติกแบบมีเงื่อนไข (Conditional logistic regression) ในการวิเคราะห์ multivariate จากนั้นนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) กำหนดค่า p-value ที่ 0.05

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 186 คน กลุ่มผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิส เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 69.35 มีอายุเฉลี่ย 49.00 ± 11.98 ปี พบมากในกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.77 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แยกกันอยู่ ร้อยละ 87.10 มัธยมศึกษา 4 ปี ทำนา/ประมงเป็นอาชีพหลักมากที่สุด ร้อยละ 91.97 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยไม่ป่วยเลปโตสไปโรซิส มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยคือ เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 69.35 มีอายุเฉลี่ย 49.30 ± 11.25 ปี พบมากในกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.16 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 85.48 มัธยมศึกษา 4 ปี ทำนา/ประมงเป็นอาชีพหลักมากที่สุด ร้อยละ 91.13 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มป่วย (n=62)	กลุ่มควบคุม (n=124)
เพศ		
ชาย	19 (30.65)	38 (30.65)
หญิง	43 (69.35)	86 (69.35)
กลุ่มอายุ (ปี)		
21 - 30	5 (8.06)	8 (6.45)
31 - 40	8 (12.90)	19 (15.32)
41 - 50	20 (32.26)	41 (33.06)
51 ขึ้นไป	29 (46.77)	56 (45.16)
อายุเฉลี่ย $\pm$ SD.	49.00 ± 11.98	49.30 ± 11.25
สถานภาพสมรส		
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	8 (12.90)	18 (14.52)
สมรส/แยกกันอยู่	54 (87.10)	106 (85.48)
การศึกษา (ปี)		
< 9 (ต่ำกว่า ม.3)	58 (93.55)	3 (2.42)
$\geq$ 9 (สูงกว่า ม.3)	4 (6.45)	4 (1, 16)
มัธยมศึกษา (ค่าต่ำสุด สูงสุด)	4 (1, 13)	
อาชีพหลัก		
ทำไร่/ทำสวน	5 (8.06)	11 (8.87)
ทำนา/ประมง	57 (91.94)	113 (91.13)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ ครั้งละตัวแปร (Univariate Analysis)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการป่วยเป็น
เลปโตสไปโรซิสครั้งละปัจจัยโดยการควบคุมตัวแปรโดย
การจับคู่ (Matching) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และที่อยู่
อาศัย จากการศึกษาพบว่า การไม่สวมใส่ถุงมืออย่างมีความ
สัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสน่าสนใจอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (OR = 2.08, 95%CI: 1.01 – 4.29) ส่วน
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับความรู้ เกิด

บาดแผลขณะปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลาสัมผัสน้ำหรือทำ
กิจกรรมในที่ชื้นแฉะ การสวมรองเท้าบูท สวมใส่กางเกง
ใส่เสื้อขณะทำงานสัมผัสน้ำหรือที่ชื้นแฉะ การอาบน้ำชำระ
ร่างกายทันทีหลังทำงาน บริเวณบ้านพักอาศัยมีน้ำท่วม
ขัง/ชื้นแฉะ บริเวณบ้านพักอาศัยมีcockroach/แมลง บริเวณ
บ้านพักอาศัยมีหนู บริเวณบ้านพักมีการทิ้งขยะมีความ
สัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างไม่มีนัย
สำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษากับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์
ครั้งละตัวแปร

ปัจจัย	กลุ่มป่วย (n=62)	กลุ่มควบคุม (n=124)	mOR (95% CI)	p-value
ปัจจัยด้านข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย				
สถานภาพสมรส				
โสด	8	18	1.0	
คู่	54	106	1.14 (0.47 – 2.83)	0.763
ระดับการศึกษา				
≥ 9	4	3	1.0	
> 9	58	121	0.17 (0.02 – 1.60)	0.121
ปัจจัยด้านความรู้				
ระดับความรู้				
ดี	32	68	1.0	
ไม่ดี	30	56	1.20 (0.57–2.52)	0.623
ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง				
เกิดบาดแผลขณะปฏิบัติกิจกรรม				
ไม่เกิด	38	80	1.0	
เกิด	24	44	1.25 (0.56–2.85)	0.580
ระยะเวลาสัมผัสน้ำหรือทำกิจกรรมในที่ชื้นแฉะ (ชม.)				
< 6	41	80	1.0	
≥ 6	21	44	0.83(0.29–2.36)	0.724
ปัจจัยด้านพฤติกรรมป้องกันการโรค				
สวมรองเท้าบูท				
สวม	29	75	1.0	
ไม่สวม	33	49	1.81(0.95–3.45)	0.070
สวมถุงมือยาง				
สวม	14	44	1.0	
ไม่สวม	48	80	2.08(1.01–4.29)	0.046

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์
ครึ่งละตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มป่วย (n=62)	กลุ่มควบคุม (n=124)	mOR (95% CI)	p-value
สวมใส่กางเกงใส่เสื้อขณะทำงานสัมผัสน้ำหรือที่ชื้นและ				
กางเกงและเสื้อแขนยาว	46	104	1.0	
กางเกงและเสื้อแขนสั้น	16	20	1.83 (0.86–3.90)	0.119
อาบน้ำชำระร่างกายทันทีหลังทำงาน				
อาบ	56	100	1.0	
ไม่อาบ	6	24	0.46 (0.18–1.17)	0.103
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
บริเวณบ้านพักอาศัยมีน้ำท่วมขัง/ชื้นแฉะ				
ไม่มี	29	75	1.0	
มี	33	49	1.79 (0.96–3.33)	0.067
บริเวณบ้านพักอาศัยมีคอกสัตว์เลี้ยง				
ไม่มี	42	82	1.0	
มี	20	42	0.87 (0.35–2.15)	0.758
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
บริเวณบ้านพักอาศัยมีหนู				
ไม่มี	34	66	1.0	
มี	28	58	0.87 (0.36 – 2.12)	0.763
บริเวณบ้านพักมีการทิ้งขยะ				
มี	18	49	1.0	
ไม่มี	44	75	0.78 (0.49 – 1.24)	0.304

**ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์
ตัวแปรหลายตัวเชิงพหุ (Multivariate analysis)**

จากการศึกษา พบว่าการไม่สวมใส่รองเท้าบูทมี
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส 2.20 เท่า
(95% CI: 1.11–4.35) ของผู้ที่สวมใส่รองเท้าบูทขณะ
ทำกิจกรรมทางเกษตรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(P -value = 0.024) ส่วนระดับการศึกษา การเกิด

บาดแผลขณะปฏิบัติกิจกรรม ระยะเวลาสัมผัสน้ำ การ
สวมถุงมืออย่าง การสวมใส่กางเกงใส่เสื้อขณะทำงานสัมผัส
น้ำ การอาบน้ำชำระร่างกายทันทีหลังทำงาน และบริเวณ
บ้านพักอาศัยมีน้ำท่วมขังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค
เลปโตสไปโรซิสน้อยกว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (P -value >
0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอยจิสติกแบบมีเงื่อนไขโนโมเดลสุดท้าย

ปัจจัย	กลุ่มป่วย (n=62)	กลุ่มควบคุม (n=124)	OR	OR _{adj} (95%CI)	p-value
สวมใส่รองเท้าบูท					
สวม	29	75	1.0		
ไม่สวม	33	49	1.8	2.20 (1.11-4.35)	0.024*
การเกิดบาดแผลขณะปฏิบัติกิจกรรม					
มี	38	80	1.25	1.70 (0.62-4.62)	0.299
ไม่มี	24	44	1.0		
ระยะเวลาสัมผัสน้ำหรือทำกิจกรรมในที่ชื้นแฉะ					
<6 ชั่วโมง	41	80	1.0		
>6 ชั่วโมง	21	44	0.83	0.48 (0.13-1.65)	0.246
การอาบน้ำชำระร่างกายทันทีหลังทำงาน					
อาบน้ำ	56	100	1.0		
ไม่อาบน้ำ	6	24	0.46	0.42 (0.15-1.14)	0.089

Log likelihood = -63.771942; Prob > chi2 = 0.0695; Pseudo R2 = 0.0637

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า การไม่สวมใส่รองเท้าบูทมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส 2.20 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในพื้นที่ประกอบอาชีพทำนาและมีพฤติกรรมไม่สวมรองเท้าบูทขณะทำงาน ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการสวมใส่รองเท้าบูทในขณะที่สัมผัสน้ำหรือทำกิจกรรมในที่ชื้นแฉะ เช่น การไถนา ซึ่งผู้ที่ไถนาด้วยรถไถเดินตามมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ขับรถไถนาแบบรถแทรกเตอร์ซึ่งนั่งขับอยู่ด้านบน สอดคล้องกับผลการสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สวมรองเท้าบูทร้อยละ 75.0⁽⁷⁾ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยไม่สวมรองเท้าบูทจึงมีโอกาสได้รับบาดเจ็บในขณะทำงานหรือได้รับเชื้อโดยตรงจากการเข้าสู่ผิวหนังในขณะทำงาน แต่เนื่องจาก

การศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างน้อยและผู้วิจัยได้ทำการจับคู่อาชีพซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสจึงทำให้พบขนาดความสัมพันธ์น้อยกว่าความเป็นจริงและในบางปัจจัยได้แก่ บริเวณบ้านพักอาศัยมีน้ำท่วมขังหรือชื้นแฉะ และมีเกิดบาดแผลขณะปฏิบัติกิจกรรมหรือทำงานไม่พบความสัมพันธ์ทั้ง ๆ ที่ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า บริเวณบ้านพักอาศัยมีน้ำท่วมขัง/ชื้นแฉะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสสูงถึง 4.58 เท่า⁽⁸⁾ นอกจากนี้ผลการสอบสวนโรคในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมีการสัมผัสน้ำมากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 68.8⁽⁹⁾ และปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ การมีบาดแผลซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดบาดแผลขณะทำงาน และลักษณะบาดแผลเป็นแผลฉีก

รวมถึงมีระยะเวลาในการแช่น้ำหรือขณะย่ำดินโคลน น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อเลปโตสไปรา ผ่านช่องทางอื่นเช่น การดื่มน้ำ นมหรือกินอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ

การศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่นคือ ผู้วิจัยได้ทำการควบคุมตัวแปรกวนตั้งแต่ระดับการออกแบบการศึกษา และทำการควบคุมตัวแปรกวนในระดับการวิเคราะห์ แต่การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดได้แก่ การจับคู่ของกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมตัวแปรที่อยู่อาศัย จึงทำให้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมบางประการใกล้เคียงกัน และตัวแปรอาชีพซึ่งเป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ จึงส่งผลให้ผลการศึกษเกิดการจับคู่ที่มากเกินไปได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ อาจเกิดอคติที่บิดเบือนซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการสัมภาษณ์ความรู้ ดังนั้นกลุ่มศึกษาอาจได้รับความรู้จากหน่วยงานทางสาธารณสุขหรือทีมสอบสวนโรค และเนื่องจากกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงหรืออาศัยในสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยอาจได้รับความรู้จากหน่วยงานทางสาธารณสุขหรือทีมสอบสวนโรคเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมมีความรู้ไม่แตกต่างกันจึงทำให้ความสัมพันธ์ที่พบเป็นไปน้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในผู้ที่ต้องทำงานสัมผัสหรือแช่น้ำในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน โดยเฉพาะชาวนาที่ไม่สวมใส่รองเท้าบูทขณะปฏิบัติงานซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง
2. บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกัน การได้รับเชื้อก่อโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ชาวนาโดยเฉพาะกลุ่มที่มีบาดแผล และกลุ่มที่ไม่สวมใส่รองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน

โดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินโคลนหรือน้ำเป็นเวลานาน และส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะชาวนาทุกคนสวมใส่รองเท้าบูทถึงเข้า สวมถุงมือยางทุกครั้งในขณะทำงานหรือสัมผัสน้ำหรือดินโคลน และให้อาบน้ำทันทีหลังปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประเทศไทยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์เมตาซึ่งจะช่วยให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสและทำให้ได้ขนาดตัวอย่างและอำนาจในการทดสอบมากขึ้น ส่งผลให้มีความแม่นยำสูงขึ้นและผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาในเรื่องของน้ำดื่มของเกษตรกรในบริเวณที่พักในการทำงานเนื่องจากภาชนะที่เก็บน้ำ เช่น ตุ่มน้ำ โอ่งเก็บน้ำ หากไม่มีฝาปิดที่มีดขีดอาจได้รับการปนเปื้อนปัสสาวะของหนู ทำให้ผู้ที่ดื่มน้ำอาจได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากร ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดในการช่วยเหลือในด้านข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขทุกอำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้การช่วยเหลือในพื้นที่ออกสัมภาษณ์ผู้ป่วย ขอขอบคุณ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นายกิตติพิชญ์ จันท์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น พญ.ศุภณัฏฐา กางการ ผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนและตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ นพ.โรจกร ลือมงคล คุณกิตติศราวุฒิ ขวัญขารี ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณอาจารย์ Peter Bradshaw ที่ช่วยปรับปรุงบทความด้วยภาษาอังกฤษเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสประเทศไทย พ.ศ.2553. นนทบุรี; 2554.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสประเทศไทย พ.ศ.2557. นนทบุรี; 2557.
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานโรคติดต่อประจำปี 2556. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด; 2556.
4. Schlessman JJ. Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis. USA: Oxford University; 1982.
5. Hsieh FY. Sample size tables for logistic regression, Statistics in Medicine, 8, 795D802; 1989.
6. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey : Prentice Hall inc; 1977.
7. เกษร แถวโนนจั่ว, ปานแก้ว รัตนศิลป์กุลชาญ, เชาวชื่น เชี่ยวการรบ, ชัชชญา ศรีชูเปี่ยม, ประวีร์พรหม พลเมือง. รายงานสอบสวนการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เดือนพฤศจิกายน 2554. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2556; 20 (2): 55-64.
8. Ramachandra K, Swain S, Nai NS. Studying risk factors associated with Human Leptospirosis. JGID. 2014; 6: 3-9.
9. เกษร แถวโนนจั่ว, สมยศ ศรีจารนัย, ณรงค์ วงศ์บา, จมากรณ์ ใจภักดี, กิตติพิชญ์ จันท์, พิเชฐ ทองปัน และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยเลปโตสไปโรซิส จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2553; 19 (1): 155-65.

**การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น**
**The participation in dengue hemorrhagic fever prevention
and control of village health
volunteer at Samliam community Khon Kaen municipality**

ภคอร โจทยกิจ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)*

ประจักษ์ บัวผัน ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)**

* หน่วยบริการปฐมภูมินักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Pakaon Jodking M.P.H. (Public Health)*

Prachak Bouphan Ph.D. (Development Science)**

* Student Primary Care Unit of Khon Kaen University

** The faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยมจำนวน 130 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 103 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่าระดับการสนับสนุนจากองค์การ ภาวรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D.=0.27) และมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยมภาวรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.25) และคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น โดยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่นได้ร้อยละ 75.1 ($R^2=0.751, p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากองค์การ การมีส่วนร่วม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This cross-sectional descriptive research was aimed to study the participation in dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteer at Samliam community KhonKaen municipality. The population of this study was 130 village health volunteer. Data were collected by questionnaire in 103 samples by using simple random sampling technique. The data was then analyzed percentage, average, standard deviation,

median, maximum and minimum. Pearson correlation and multiple linear regressions. The results showed that the level of organizational support in overview were at high level with averages 2.41 (S.D.=0.27) and participation in dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteer were at high level with averages 2.41 (S.D=0.25) respectively. Personal attributes in age have low positive relationship with participation in dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteer. Personal attributes; age and organizational support; man, money, material, and management could predict the participation in dengue hemorrhagic fever prevention and control of village health volunteer 75.1% ($R^2=0.751$, p-value 0.001).

Keywords: organizational support, participation, dengue hemorrhagic fever prevention and control

บทนำ

โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 มีจำนวน 15,845 65,971 74,250 154,444 และ 40,270 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 182.36 103.28 116.24 241.03 และ 62.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 141 59 79 136 และ 41 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 0.09 0.11 0.09 และ 0.10 ตามลำดับ เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน กรมควบคุมโรคจึงกำหนดเกณฑ์และตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมี 3 กิจกรรมสำคัญ คือ 1) การควบคุมเมื่อมีการระบาด 2) การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด และ 3) การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด⁽¹⁾ ซึ่งการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในชุมชนจะสำเร็จได้จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 และได้มีการพัฒนาการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานสร้างสุขภาพ เป็นองค์กรที่เข้มแข็งทำงานเพื่อสังคมด้วยจิตอาสา และเป็นแกนนำด้านสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อรู้ปัญหาชุมชนของตนเอง และสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน มาใช้ในการแก้ไขปัญหา มีการประสานงานกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานในด้านองค์ความรู้ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ตลอดจนช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องที่เป็นปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ซึ่งการพัฒนากระบวนการภาคประชาชน มีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ ให้ประชาชนชุมชน สามารถดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้ชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจะประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืนได้นั้น จะต้องอาศัยปัจจัยหลายปัจจัย ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา รวมทั้งแนวทางในการแก้ปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการตัดสินใจเลือกแนวทาง และวางแผนการพัฒนาแก้ไขปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในกิจกรรมพัฒนาตามแผน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล 5) การมีส่วนร่วมกับผลประโยชน์⁽²⁾ และ 6) การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ⁽³⁾ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 6 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) ด้านการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านควบคุมการระบาดของโรค 3) ด้านการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 4) ด้านการประสานงานองค์กรในพื้นที่ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ 6) ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนเพื่อให้ประชาชนเกิด

ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา การป้องกันควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน ซึ่งมีผู้วิจัยทำการศึกษาไว้แล้วพบว่า การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้าน จัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในระดับสูง⁽⁴⁾ และยังพบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

ในการจัดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืนได้นั้น คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁶⁾ นอกเหนือจากคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้ว ยังมีการสนับสนุนจากองค์กร ที่เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพ ประสบผลสำเร็จ โดยการสนับสนุนจากองค์กรมี 4 ประการ ประกอบด้วย 1) คน (Man) 2) เงิน (Money) 3) วัสดุสิ่งของ (Material) และ 4) วิธีการจัดการ (Method) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการบริหารที่มีความสำคัญ เพราะในการบริหารเกือบทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัย เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการ การจัดการเป็นองค์ประกอบสำคัญไม่ว่าการบริหารนั้นจะเป็นการบริหารราชการ หรือบริหารธุรกิจก็ตาม⁽⁷⁾ ซึ่งมีผู้วิจัยได้ศึกษาไว้แล้วพบว่า เพศ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽⁸⁾ และการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^(9,10)

พื้นที่ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม

ซึ่งเป็นเครือข่ายการให้บริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีชุมชนหมู่ที่ 14 (ชุมชนหนองแวงตราขู 1, 3, 5, ไทยสมุทร, ตะวันใหม่) และหมู่ที่ 16 (ชุมชนสามเหลี่ยม 1, 2, 3, 4, 5) จำนวน 2,924 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 13,443 คน⁽¹¹⁾ และจากรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม พบว่า มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และจากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 3 ปีย้อนหลังจนถึงปัจจุบัน พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 5, 21 และ 32 ราย ตามลำดับ ประกอบกับเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นชุมชนเมือง มีประชากรหนาแน่น รวมถึงมีประชากรแฝงจำนวนมาก เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จึงทำให้เกิดการระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว การดำเนินงานควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในการดำเนินการขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาในการเกิดโรคไข้เลือดออก และการระบาดของโรค ซึ่งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ณ ปัจจุบัน กำลังสำคัญในการดำเนินงาน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพราะเป็นตัวแทนของชุมชนในการดูแลด้านสาธารณสุข การดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ และลดการเกิดระบาดของโรคในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทราบบริบท ปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งสามารถนำรูปแบบที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านอื่น ๆ

ของหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น
2. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จำนวน 130 คน⁽¹¹⁾ และกลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น 103 คนโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร⁽¹³⁾

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมจำนวน 130 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือ ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.96$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 0.05

σ^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยจากการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽¹⁴⁾ เท่ากับ 0.56

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{130 (1.96)^2 (0.56)^2}{(0.05)^2 (130-1) + (1.96)^2 (0.56)^2} = 102.56$$

$$= 102.56 \text{ ปัดขึ้นเป็น } 103$$

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 103 ตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการนำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 130 คน มาสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวน 103 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานสมรส เป็น Nominal scale ส่วนอายุ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกเป็น Ratio scale

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหาร เป็น Interval scale

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค ใช้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา และสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ เป็น Interval scale

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งสามารถให้เติมข้อความ และให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ส่วน 2 ถึงส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่ามีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ หากตอบระดับมากคิดเป็น 3 คะแนน ตอบปานกลางคิดเป็น 2 คะแนน ตอบน้อยคิดเป็น 1 คะแนน ตอบปฏิบัติน้อยคิดเป็น 2 คะแนน และตอบปฏิบัติน้อยที่สุดคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิดโดยให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมตาม

วัตถุประสงค์ความเหมาะสมด้านภาษา รวมทั้งเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลความหมายของคะแนน จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลสวาท อำเภอมือเกรง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรภาพรวมได้ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การแปลผล

การแปลผลคะแนนระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่นโดยการนำมาจัดระดับ 3 ระดับคือมาก ปานกลาง น้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.00

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67-2.33

ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.66

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2558 เลขที่

HE 581461 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม 2558 ถึงวันที่ 13 มกราคม 2559

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 85.4 อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 อายุเฉลี่ย 61.69 ปี (S.D.=9.84) อายุต่ำสุด 42 ปี และอายุสูงสุด 81 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 59.2 อาชีพค้าขาย จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 49.5 และค่าเฉลี่ยรายได้เท่ากับ 11,141.26 บาท (S.D.= 6,567.42 บาท) ค่ามัธยฐานของรายได้เท่ากับ 9,000 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 1,200 บาท รายได้สูงสุดเท่ากับ 35,000 บาท และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.79 ปี (S.D.= 2.15 ปี) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี และประสบการณ์มากที่สุด 15 ปี

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

พบว่า ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 (S.D. = 0.33) รองลงมาคือด้านการจัดการ การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (S.D. = 0.37) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด การสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (S.D. = 0.38)

3. ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

พบว่า ในภาพรวมการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.41 (S.D.=0.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก คือการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D.=0.29) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ค่าเฉลี่ย 2.42 (S.D.=0.30) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก คือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D.=0.36)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสู่สมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับได้ดังนี้ คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value<0.001) ด้านบุคลากร (p-value<0.001) ด้านงบประมาณ (p-value=0.002) ด้านการจัดการ (p-value<0.001) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ (p-value=0.003) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 สามารถพยากรณ์ส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่นได้ร้อยละ 75.1

จากผลการศึกษาได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 0.266 + (0.258) (\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์}) + (0.237) (\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร}) + (0.126) (\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ}) + (0.158) (\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านการจัดการ}) + (0.004) (\text{คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ})$$

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อคะแนนของตัวแปร การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากร ด้านการจัดการด้านงบประมาณและคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น (Y) เพิ่มขึ้น 0.258, 0.237, 0.126, 0.158 และ 0.004 หน่วยตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 0

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 103 ตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา และอุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 51 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 49.51 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 62.74 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา คิดเป็นร้อยละ 43.13 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ คิดเป็นร้อยละ 3.92

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากองค์การ

คุณลักษณะส่วนบุคคล มีเพียงตัวแปร อายุ ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.324$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกคน บุคคลที่มีอายุนั้นย่อมมีวุฒิภาวะในการติดต่อประสานงาน และการดำเนินงานที่แตกต่างจากผู้มีประสบการณ์หรืออายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานสาธารณสุข^(15,17)

ในภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ($r=0.846$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การทุกด้านเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽¹⁰⁾ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁹⁾ การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน⁽¹⁸⁾

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสู่สมการนั้น มีนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า

0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับได้ดังนี้ คือการสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value}<0.001$) ด้านบุคลากร ($p\text{-value}<0.001$) ด้านงบประมาณ ($p\text{-value}=0.002$) ด้านการจัดการ ($p\text{-value}<0.001$) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ($p\text{-value}=0.003$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าไม่ว่าจะเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงานดังกล่าว การขับเคลื่อนงานใด ๆ ก็จะต้องซึ่งบุคลากรที่เป็นทรัพยากรทางการบริหารที่สำคัญไม่ได้เนื่องจากเป็นส่วนที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และใช้งบประมาณในการขับเคลื่อนงานต่าง ๆ ผ่านการจัดการที่มีคุณภาพภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกคน ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ มีความเชื่อมโยงกับประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน^(18,19) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าอายุ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพของเจ้าหน้าที่กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เทศบาลนครขอนแก่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เทศบาลนครขอนแก่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนด้านบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้คำแนะนำในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกเดือน
3. เทศบาลนครขอนแก่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. ควรมีการศึกษาแนวทางการส่งเสริมทักษะการจัดการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาและคณาจารย์ประจำหลักสูตร สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ความเข้าใจและให้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ต่าง ๆ อันมีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย และขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ประจำปี 2558; 2559.
2. Cohen JM, Uphoff NT. World Development. New York: McGraw – Hill; 1986.
3. Davis k, Newstrom JW. Human behavior at work. New York: McGraw – Hill; 1989.
4. จินตนา บุญยิ่ง, ธงชัย อามาศยบัณฑิต, สุภาดา คำสุชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; ฉบับพิเศษ: 65–74.
5. อำนาจ ราชบัณฑิต, วิทัศน์ โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557; 8(3):261–72.

6. Schermerhorn JR, Hunt G, Osborn N. Organizational Behavior; 2003.
7. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์; 2545.
8. รอยฮานเจ๊ะหะ, สุชาติา จิตริวิวงศ์, ชิตชนก เชิงเขาว์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกรณีศึกษาตำบลเขาตุม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา 2554; 6(10): 129-41.
9. กฤษ ตะภา, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอ บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัย ขอนแก่น 2553; 10(4):55 - 64.
10. เสกสรรค์ สองจันทร์, ประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาที่ตำบลสุมเกล้า อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 16(6): 730-8.
11. หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม. ข้อมูลทั่วไปหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม; 2558.
12. สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกปี 2558. ขอนแก่น: เทศบาลนครขอนแก่น; 2558.
13. อรุณ จิราวัฒน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2551.
14. มนตรี มะลิตัน, สุพรรณ ศรีปัญญากร, บุญมา สุนทรวิรัตน์. การศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(1): 121-30.
15. วรพรรณ บุญมี, ชนะพล ศรีธาดา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2556; 6(2): 75-87.
16. ประภาส สุนันท์, เยาวภา อัสสุวรรณ. ความรู้และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการบริหารในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.stou.ac.th/thai/grad_stdy/Masters/ผลสส/ผลงานวิจัยครั้งที่2
17. ชุมพล แสงบาล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยภายในและปัจจัยสนับสนุนกับการจัดระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2555; 4(3):103-11.
18. ประสงค์ ชัยชนะ, ประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: ตำบลนาพุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20(1): 42-51.
19. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง, ประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2554; 10(3): 89-102.
20. ธนิต งามสนิท, ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานตามโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพของเจ้าหน้าที่กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2555; 13(1): 63-75.

สถานการณ์โรคหนองในของผู้รับบริการในคลินิกตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลเลย (พ.ศ.2556-2558)

The occurrence of gonorrhea infected patients at sexual transmitted disease clinic in Loei Hospital (2013-2015)

พนิดา กันหากุล วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)*

Panida Kanhakul B. Sc. (Medical Technology) *

ชลลดา อยู่ศิริ พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)**

Chonlada Yoosiri M.N.S. (Family Nursing) **

สุดาพร ปุจฉากาญจน์ พย.บ.**

Sudaporn Putchakan B.N.S. **

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

*The Office of Disease Prevention and Control 7th Khon Kaen

**โรงพยาบาลเลย

**Loei Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์ความชุกของโรคหนองในซึ่งข้อมูลทางระบาดวิทยา ใช้เป็นตัวบ่งชี้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์รูปแบบการวิจัยพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษา OPD CARD รหัส (A54) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่าความชุกโรคหนองในตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2558 มีจำนวน 324 ราย เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 18.2 เป็นร้อยละ 22.3 และ 32.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบมากในกลุ่มช่วงอายุ 15-24 ปี มีอัตราความชุกเพศชายร้อยละ 16.2, 18.4 และ 24.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง มีอัตราป่วยร้อยละ 9.1, 8.7 และ 13.1 ตามลำดับ แนวโน้มจากปี 2556 2557 และ 2558 ของการเกิดโรคในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ร้อยละ 3.0 เป็นร้อยละ 10.7 และ 13.9 ตามลำดับ

แนวโน้มของสถานการณ์โรคหนองในที่เพิ่มสูงขึ้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงถุงยางอนามัย การสร้างความตระหนักในสถานประกอบการทุกประเภทตลอดจนสถานศึกษาทุกระดับ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำสำคัญ: สถานการณ์โรคหนองใน ความชุกของโรคหนองใน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Abstract

The aims of this study was to study prevalence of gonorrhea and the epidemiology of the disease could also indicate prevalence of AIDS in this area. A descriptive study was a tertiary data of OPD CARD (Code A54) from 1st October 2013 to 30th September 2015; this data was analyzed and compared in 2013, 2014, and 2015, respectively.

The results showed the prevalence of gonorrhea patients from 2013 to 2015 was 324, increased from 18.2 to 22.3 and 32.8%, respectively. Most of the patients were male aged lower than 21 years (16.2, 18.4, and 24.6%) and work as employee (9.1, 8.7, and 13.1%), respectively. Trend of patients who were students was increased from 2013 to 2015 (3.0, 10.7, and 13.9%), respectively.

From the increasing trend of gonorrhea infection, the government should concern about the assessment of condom, awareness of sexual transmitted diseases (STD) in all organizations, companies, and schools to decrease STD risk behavior.

Keywords: gonorrhea surveillance, prevalence of gonorrhea, sexual transmitted diseases

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีอัตราสูงขึ้นส่วนมากอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง ตลอดจนสถานบริการทางเพศ แหล่งแพร่ และรูปแบบการให้บริการทางเพศทั้งทางตรง และแฝงที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการลดลงของระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากการปิดบริการของคลินิกทางโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ซึ่งอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นสัญญาณอันตรายและบ่งชี้ถึงสภาพปัญหาสังคม และรวมไปถึงปัญหาสาธารณสุขที่ตามมา⁽¹⁾

โรคหนองในเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบมากเป็นอันดับสองรองจากโรคหนองในเทียม ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1999 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหนองในสูงถึง 62 ล้านคนทั่วโลก โดยพบในเขตเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอุบัติการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นสูงถึง 27 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยข้อมูลการเฝ้าระวังโรคหนองในจากรายงาน 506 ของสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าโรคหนองในมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ที่มีอัตราป่วย 8.97 ต่อประชากรแสนคน เป็น 12.56 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2554⁽²⁾ ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น จะไม่สูงจนเป็นปัญหาป้องกันเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ แต่สถานการณ์โรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการส่งรายงานจำนวนผู้ป่วยในบางพื้นที่ยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ส่งผลให้มีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รายงานเข้ามาในระบบ อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่ากำลังจะเกิดการระบาดของโรคเอดส์ระลอกใหม่ เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์⁽³⁾

ดังนั้นการเฝ้าระวัง และติดตามสถานการณ์ของโรคหนองในจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จังหวัดเลยเป็นจังหวัดที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน (สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว) อีกทั้งยังเป็นแหล่งการศึกษาที่มีมหาวิทยาลัยราชภัฏและโรงเรียนอาชีวศึกษา ซึ่งเป็นแหล่งที่มีวัยรุ่นจำนวนมากทำให้เกิดการศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคหนองในของผู้รับบริการในคลินิกตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลจังหวัดเลย พ.ศ.2556-2558 จำแนกตามระดับวิทยาของโรค และความชุกของโรคหนองใน

ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ.2556-2558 ศึกษาจากทะเบียนประวัติ (OPD CARD) รหัส (ICD 10) รหัสโรคหนองใน (A54) และมีผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นโรคหนองใน

ขอบเขตด้านประชากรสถานที่และเวลา เป็นผู้มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรงพยาบาลเลย พ.ศ.2556-2558

วิธีดำเนินการวิจัย

- รูปแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนประวัติ (OPD CARD)
- ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลเลย พ.ศ.2556-2558 จำนวน 324 ราย

เครื่องมือที่ใช้

- แบบสังเกต
- แบบบันทึก (เพศ อายุ และอาชีพ)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

- 1) ทำหนังสือประสานขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย พร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ดำเนินการประสานผู้รับผิดชอบเวชระเบียนของโรงพยาบาล และดำเนินการค้นทะเบียนประวัติ (OPD CARD) ที่มีผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นโรคหนองใน พ.ศ.2556-2558
- 3) บันทึกข้อมูลตามตัวแปรเพศ อายุและอาชีพ
- 4) นำเข้าข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าอัตรา (Rate)

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคหนองใน มีดังนี้
 - กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลเลย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2558 มีจำนวนทั้งสิ้น 324 ราย จำแนกเป็น ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 99 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 30.55 ในจำนวนนี้ให้ผลเป็นบวกจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 ปีงบประมาณ 2557 มีจำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.79 ในจำนวนนี้ให้ผลเป็นบวกจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.3 และปีงบประมาณ 2558 มีจำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.66 ในจำนวนนี้ให้ผลเป็นบวก 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.8

เมื่อจำแนกอัตราการตรวจพบโรคหนองในตามเพศ พบว่าปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 เพศชายมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 16.2, 18.4 และ 24.6 ตามลำดับ เพศหญิงมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 2.0, 3.9 และ 8.2 ตามลำดับ

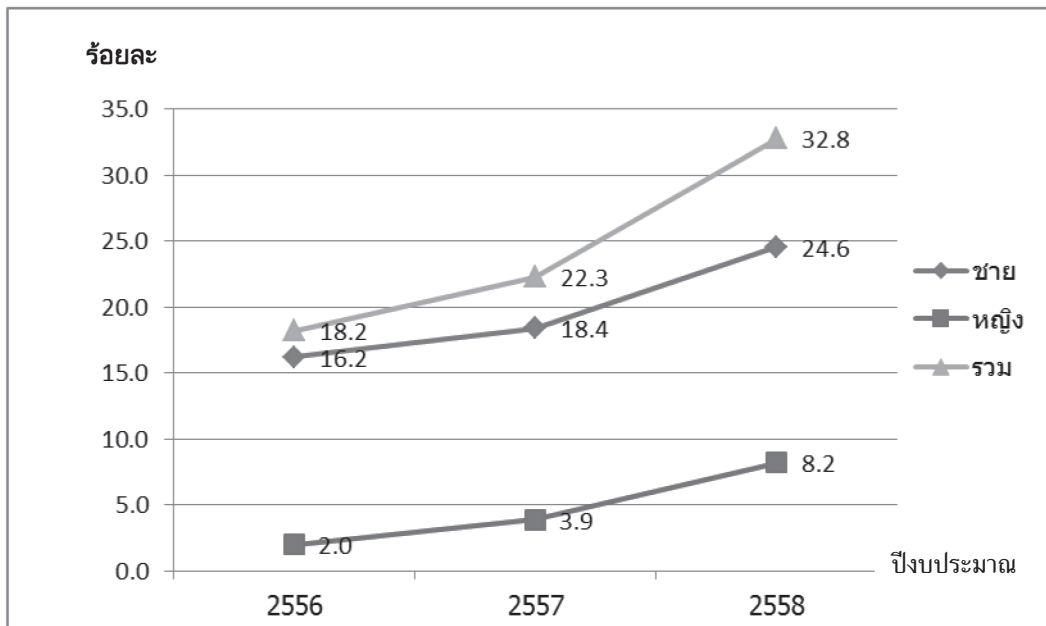
เมื่อจำแนกอัตราการตรวจพบโรคหนองในตามช่วงอายุ พบว่า ปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 ในกลุ่ม 15-24 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 8.1, 16.5 และ 23.0 ตามลำดับ โดยช่วงอายุ 25-34 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 3.0, 1.9 และ 2.5 ตามลำดับ ช่วงอายุ 35-44 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 2.0, 1.9 และ 2.5 ตามลำดับ ช่วงอายุ 45-54 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 1.0, 0 และ 4.1 ตามลำดับ ช่วงอายุ 55-64 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 3.0, 1.9 และ 0.8 ตามลำดับ และอายุมากกว่า 65 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 1.0, 0 และ 0 ตามลำดับ

เมื่อการจำแนกอัตราการตรวจพบโรคหนองในตามอาชีพ พบว่าปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 อาชีพค้าขายมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 2.0, 1.0 และไม่มีผลเป็นบวกตามลำดับ นักศึกษา หรือนักเรียนมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 3.0, 10.7 และ 13.9 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 9.1, 8.7 และ 13.1 ตามลำดับ สำหรับอาชีพพิเศษไม่มีผลเป็นบวกทั้ง 3 ปีงบประมาณ อาชีพเกษตรกรมีความชุกของโรคหนองใน คิดเป็นร้อยละ 2.0, 1.0 และ 3.3 ตามลำดับ อาชีพแม่บ้านไม่มีผลเป็นบวกทั้ง 3 ปีงบประมาณ และอาชีพรับราชการมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 2.0, 1.0 และ 2.5 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกโรคหนองในของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาจากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลเลย ปีงบประมาณ 2556-2558 จำแนกตาม เพศ ช่วงอายุ และอาชีพ

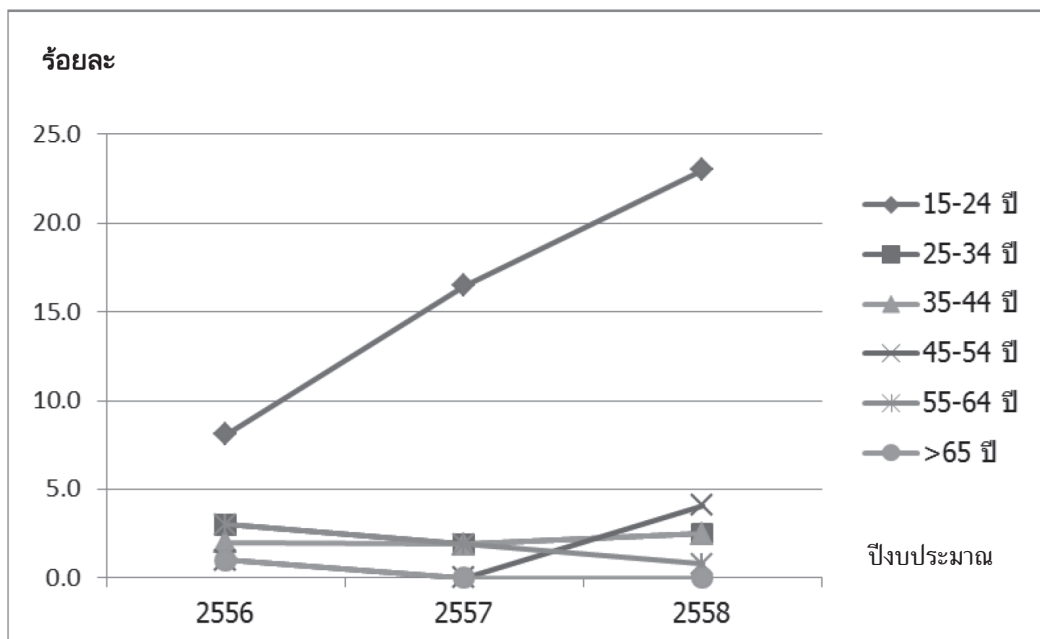
ข้อมูล		ปีงบประมาณ		
		2556	2557	2558
		ความชุก	ความชุก	ความชุก
เพศ	ชาย	16.2	18.4	24.6
	หญิง	2.0	3.9	8.2
ช่วงอายุ	15-24	8.1	16.5	23.0
	25-34	3.0	1.9	2.5
	35-44	2.0	1.9	2.5
	45-54	1.0	0	4.1
	55-65	3.0	1.9	0.8
	มากกว่า 65	1.0	0	0
อาชีพ	ค้าขาย	2.0	1.0	0.0
	นักศึกษา	3.0	10.7	13.9
	รับจ้าง	9.1	8.7	13.1
	ขายบริการทางเพศ	0.0	0.0	0.0
	เกษตรกร	2.0	1.0	3.3
	แม่บ้าน	0.0	0.0	0.0
	รับราชการ	2.0	1.0	2.5

2. ความชุกของโรคหนองใน 324 ราย พบว่าภาพรวมความชุกของโรคหนองใน
 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจรักษาจากคลินิก ปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 ร้อยละ 18.2,
 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลเลย ตั้งแต่ 1 22.3 และ 32.8 ตามลำดับ (ตั้งแผนภาพที่ 1-4)
 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2558 มีจำนวนทั้งสิ้น



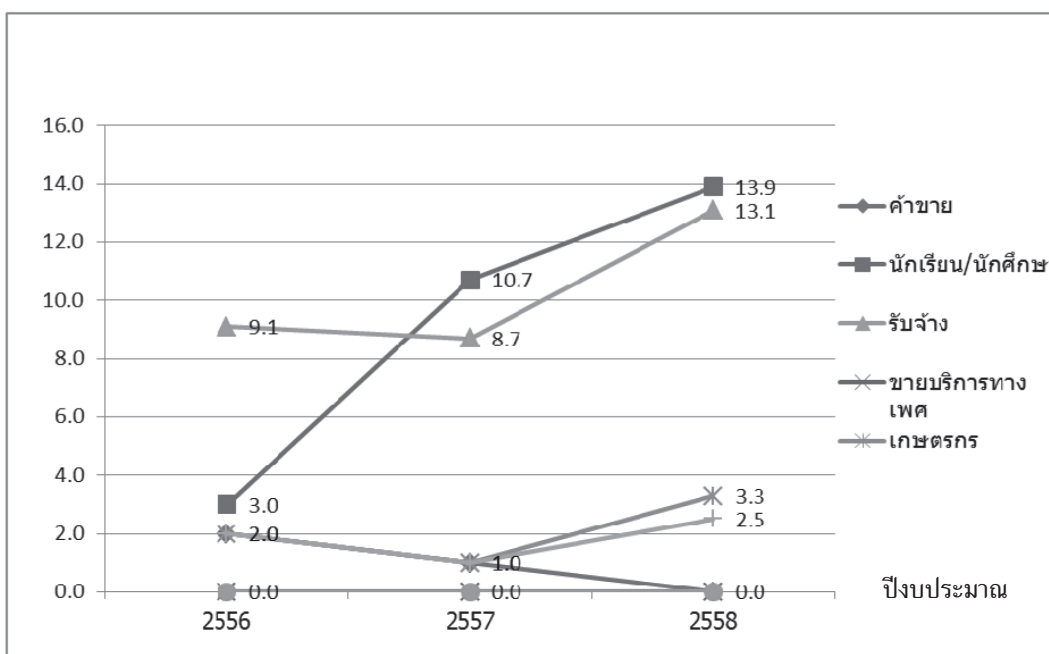
แหล่งที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลเลย

รูปที่ 1 แนวโน้มอัตราการตรวจพบโรคหนองใน โรงพยาบาลเลย จำแนกตามเพศ ปีงบประมาณ 2556-2558



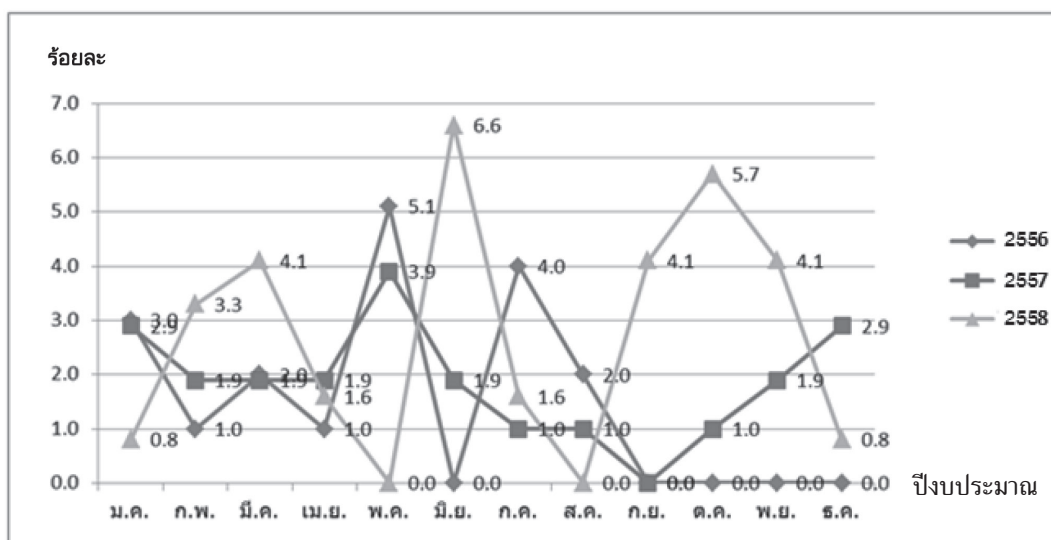
แหล่งที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลเลย

รูปที่ 2 แนวโน้มอัตราการตรวจพบโรคหนองใน โรงพยาบาลเลย จำแนกตามช่วงอายุ ปีงบประมาณ 2556-2558



แหล่งที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลเลย

รูปที่ 3 แนวโน้มอัตราการตรวจพบโรคหนองใน โรงพยาบาลเลย จำแนกตามอาชีพ ปีงบประมาณ 2556-2558



แหล่งที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลเลย

รูปที่ 4 แนวโน้มอัตราการตรวจพบโรคหนองใน โรงพยาบาลเลย จำแนกตามเดือน ปีงบประมาณ 2556-2558

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคหนองใน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาจากคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2558 มีจำนวนทั้งหมด 324 ราย พบว่าการป่วยด้วยโรคหนองใน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 คือมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 18.2, 22.3 และ 32.8 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความชุกของโรคหนองในมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า อัตราของการตรวจพบโรคหนองใน เพศชายมากกว่าเพศหญิง ในปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 เพศชายมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 16.2, 18.4 และ 24.6 ตามลำดับ เพศหญิงมีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 2.0, 3.9 และ 8.2 ตามลำดับ เนื่องมาจากเพศหญิงที่ติดเชื้อร้อยละ 30-40 ยังไม่มีอาการผิดปกติ แต่เพศชายเพียงร้อยละ 10 ที่อาจไม่มีอาการผิดปกติ ดังนั้นจึงทำให้เพศชายที่มีอาการเข้ามารับการรักษาได้เร็วกว่า จึงอาจส่งผลต่อการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน⁽³⁾ สำหรับอัตราป่วยโรคหนองในตามช่วงอายุ พบในกลุ่มช่วงอายุ 15-24 ปีสูงที่สุดทั้ง 3 ปี รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 25-34 ปี ในปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 6.1, 14.6 และ 15.6 ตามลำดับ ช่วงอายุ 25-34 ปี มีความชุกของโรคหนองในร้อยละ 3.0, 3.9 และ 9.8 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้น และการเข้าถึงถุงยางอนามัยน้อย ประกอบกับวิถีชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนไป สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็น และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย พบว่าเด็กวัยรุ่นมีประสบการณ์เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 13.9 โดยอายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 14.98 เร็วที่สุดคืออายุ 10 ปี มีคู่นอนเฉลี่ย 1-2 คน วัยรุ่นบางคนมีคู่นอนมากถึง 20 คน⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์โรคหนองในในประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2552⁽¹⁾ ที่พบว่าวัยรุ่น

รุ่นอายุ 15 - 24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุด ซึ่งแนวโน้มยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มอายุน้อยในช่วงที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระและฮอร์โมน เป็นวัยอยากรู้อยากลอง มีความสนใจต่อเพศตรงข้าม และมีความต้องการทางเพศสูง นอกจากนี้จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และความเจริญด้านเทคโนโลยี การมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น คำนึงมในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการเปลี่ยนคู่อุปสรรคหลายครั้ง ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น⁽³⁾ การเข้าถึงสื่อที่ผลักดันให้คนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้น แต่กลับไม่สามารถเข้าถึงความรู้ที่สำคัญในการป้องกันตัวเองจากภาวะคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งสะท้อนจากผลของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ค่อนข้างต่ำ และผลจากการเฝ้าระวังที่พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นแต่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีข้อสรุปจากการรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในขณะที่แนวโน้มการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนกลับสูงขึ้น ประเทศจำเป็นต้องหาและใช้กลยุทธ์ใหม่ๆ ที่มีประสิทธิผลและต้องคงความต่อเนื่อง และคุณภาพบริการป้องกันให้ครอบคลุมเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา รวมทั้งต้องปรับทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่มีต่อถุงยางอนามัยและโรคเอดส์ใหม่เพื่อเพิ่มความต้องการในการตรวจการติดเชื้อฯ และเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่อุปสรรคทุกประเภท⁽⁶⁾

อัตราป่วยโรคหนองในของอาชีพรับจ้าง มีอัตราป่วยโรคหนองในสูงที่สุดในปีงบประมาณ 2556, 2557 และ 2558 ร้อยละ 9.1, 8.7 และ 13.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดตราด พบสัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มอาชีพรับจ้างมากที่สุดและมีแนวโน้มค่อนข้างสูงคงที่ในขณะที่การเข้าถึงสื่อที่ผลักดันให้คนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมากขึ้น แต่กลับไม่สามารถเข้าถึงความรู้ที่สำคัญในการป้องกันตัวเองจากภาวะคุกคามทางสุขภาพ⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาแนวโน้มที่สูงขึ้นของข้อมูลการป่วยเป็นโรคหนองใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานศึกษา สถานประกอบการ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน ควรมีการประสานความร่วมมือเพื่อระดมสมองสำหรับการกำหนดกลยุทธ์ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวัยรุ่น ตลอดจนวัยทำงานทั้งในและนอกสถานประกอบการ

2. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยให้มากขึ้นสำหรับกลุ่มนักเรียน และกลุ่มอาชีพรับจ้าง ให้สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้มากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบันยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพื้นที่เสี่ยงสูงหรือกลุ่มอายุหรืออาชีพตามการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลย และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่และเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรพล สีนอ. สถานการณ์โรคหนองใน ประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43: S47-53.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงานกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2555. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ 2555; 52-3.
3. คณะกรรมการจัดทำคู่มือ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เจ.เอส. การพิมพ์; 2550.
4. วีระชัย ลิทธิปิยะสกุล, พิชานัน หนูวงษ์, รัชนิลักษณ์ นนทน์ เบญจา ยมสาร.สำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22(6): 979-87.
5. ปรียารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ, จินตนา ทิพทัส. พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนอาชีวศึกษาชายชั้นประกาศนียบัตรปีที่ 2 ที่พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครองและไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง พ.ศ. 2548-2550. วารสารกรมการแพทย์ 2552; 34: 207-15.
6. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร : บริษัททกหนึ่งเจ็ดจำกัด; 2557.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดตราด [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 ก.พ. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://ddctrat.files.wordpress.com/2014/11/>.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี

Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at
risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district,
Prachinburi province

น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)
ยุวดี รอดจากภัย ส.ด.

Namthip Yimyam M.Sc. (Health Promotion)
Yuvadee Rodjarkpai Dr.P.H.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลองจะได้รับการแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอนโดยมีกิจกรรมคือ ครั้งที่ 1 ค้นพบความจริง (กิจกรรมรู้ตนเอง) ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (กิจกรรมรู้บทวน) ครั้งที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออก (กิจกรรมรู้แก้ไข) และ ครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (กิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแล ในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi experimental research was studied the effects of the empowerment caregivers to care for the elderly who had a high risk blood pressure. The samples were the elder who had a high risk blood pressure and caregiver; by divided into 2 groups of 30 pairs for the control group and 30 pairs for having distributed by elder care manuals to prevent hypertension and join application of the concept of empowerment Gibson's four steps. The activity details as the following : the first to discovering realty (knows themself), the second critical reflection (knows review), the third take charge (knows editor) and the fourth holding on the behavior. (I do, and continuous). Data were collected before and after the program for two weeks, analyze data with statistics; frequency, percentage, average, standard deviation paired t-test and independent t-test. The results showed caregiver group had the average score of self-esteem perception, self-empowerment perception, and elder care behavior after the experiment was higher than before experiment and control group after the experiment with statistical significance ($p < 0.05$). In high-risk group; the experiment group had the average score of health behavior was higher than before experiment and control group after the experiment with statistical significance ($p < 0.05$), have lower blood pressure than before and lower than the control group. In the process of critical reflection and take charge making solution helps create a good relationship between the caregiver and the elderly from sharing ideas together to find practical, reasonable self. Which show that empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure is appropriate and care be used to prevent hypertension in population at risk.

Keywords: empowerment, caregiver, elder, high blood pressure

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและผู้สูงอายุไทย จากความก้าวหน้าทางสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้อัตราตายในทุกกลุ่มวัยลดลง และมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 13.2 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ โดยองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดนิยามไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Ageds society) ดังนั้นประเทศไทยจึงถือว่าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน จังหวัดปราจีนบุรี มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 เท่ากับ ร้อยละ 24 25 และ 26 ตามลำดับ⁽²⁾

ปัจจุบันตำบลแก่งดินสอ มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งสิ้น 11,300 คน มีประชากรวัยสูงอายุ 1,277 คน มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 11.3⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าสังคมปัจจุบัน และอนาคตข้างหน้ากำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือโรคเรื้อรังและภาวะต่าง ๆ ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายไม่ว่าจะเป็นโรคสมองเสื่อม โรคกระดูกพรุน ข้อเสื่อมเป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี ประกอบไปด้วยสถานบริการ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาขาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินเทิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะตือ และศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านวังรี จากการดำเนินสำรวจและคัดกรองสุขภาพประจำปี 2557 ของสถานบริการระดับปฐมภูมิพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1,277 คน จาก

ผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 22.40 และพบผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 124 คน คิดเป็นร้อยละ 11.2 ของผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตหรือการทํากิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น⁽⁴⁾ ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ซึ่งคนในครอบครัวถือเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงและมีความสัมพันธ์พื้นฐานหรือความสัมพันธ์ทางสายเลือด ครอบครัวยังเป็นผู้ที่มิมีบทบาทและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักต้องการการดูแลจากครอบครัว แต่ในปัจจุบันครอบครัวในสังคมไทยเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่มีออกไปหารายได้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลหรือได้รับการดูแลน้อยลง อีกทั้งผู้ดูแลยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเผชิญปัญหาต่างๆ การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบ และเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกับปัญหาและหาทางออกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง จากการศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ครอบครัวผู้สูงอายุเกิดการรับรู้พลังอำนาจ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความพึงพอใจในบทบาทได้อย่างเหมาะสม⁽⁵⁾ ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากจะมีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้นยังมีการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่สูงขึ้น⁽⁶⁾ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัวนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ครอบครัวมีการคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา เกิดพลังและเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตสูง ต่ำบดแก่งดินสอ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ต่ำบดแก่งดินสอ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแก่งดินสอ อำเภอชาติ จังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล ระยะเวลา 6 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test Post-test Control Group Design) โดยการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกับสัน⁽⁷⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁸⁾ ดังนี้

$$n = 2 \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})\rho}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

เมื่อกำหนดให้ n คือขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม Z_{α} คือคะแนนมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า 1.96 Z_{β} คือ คะแนนมาตรฐานที่ 95% มีค่า 1.64 μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง μ_2 คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม σ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วมของประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของนิภาพรรณ อธิคมานนท์⁽⁹⁾ หลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 26.60 (SD = 2.63) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.70 (SD = 5.03)

แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = 2 \left[\frac{(1.96 + 1.64)3.03}{26.60 - 22.70} \right]^2$$

$$n = 25$$

การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายและการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยเลือกมา 2 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านที่มีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน และมีร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน โดยใช้

เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ต้องเป็นหมู่บ้านที่อยู่ห่างกัน เพื่อลดโอกาสที่ทั้งสองกลุ่มแลกเปลี่ยนกัน และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา และค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 25 ข้อ

ชุดที่ 2 สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ

โดยเครื่องมือที่จัดทำขึ้นได้นำไปทดลองใช้และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.75 ทุกส่วนภาพรวมเท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.2 ระยะดำเนินการทดลอง

ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเน้นหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ประกอบไปด้วยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเป็นโปรแกรมประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) นัดผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแลมาสร้างสัมพันธภาพ แสดง

ความเป็นมิตร ละลายพฤติกรรม แนะนำตัว ชี้แจงการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ขั้นตอนค้นพบความจริง (รู้ตนเอง) สนทนารวมกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของตนเองตามความจริง ให้ทั้งสองฝ่ายได้มีโอกาสระบายความรู้สึกและความต้องการของตนเองตามบทบาทของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในแต่ละประเด็น ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (รู้บทวน) ใช้กระบวนการกลุ่มโดยให้ผู้ดูแลสนทนากลุ่ม ทบทวนบทบาทหรือรูปแบบการดูแลที่ผ่านมา มองหาข้อดีข้อเสีย ปัญหาอุปสรรค สะท้อนความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนร่วมกันกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การตัดสินใจเลือกทางออก (รู้แก้ไข) ให้ผู้ดูแลใช้กระบวนการกลุ่ม และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันเลือกวิธีการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นระยะที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สนับสนุนการพัฒนาทักษะความสามารถให้กับผู้ดูแล

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (จันทาได้และต่อเนื่อง) ใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุนำวิธีการปฏิบัติที่ตนเองเลือกไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะติดตามการดูแลของผู้ดูแล ว่าวิธีการที่เลือกนั้นนำไปปฏิบัติตามวิธีการดำเนินชีวิตของตนเองได้หรือไม่พร้อมทั้งกล่าวชมเชย

1.3 ระยะหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลการวิจัยจากการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมและวัดความดันโลหิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 76.7 กลุ่มทดลองอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60 ปี ร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมมีอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 กลุ่มทดลองผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 66.7 กลุ่มทดลองระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 66.7 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร้อยละ 76.7

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 60-70 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 76.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 กลุ่มควบคุมเช่นกัน ร้อยละ 60 กลุ่มทดลองสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวน

สมาชิกในครอบครัว 4-6 คนร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมเช่นกันร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปัญหาตาพร่ามัวหรือปัญหาทางสายตาสั้น ๆ ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีปัญหาการเคี้ยวร้อยละ 56.7

3. การเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล และหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 31.63 เป็น 39.97 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 31.97 เป็น 40.77 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 77.97 เป็น 80.83 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้พลังอำนาจตนเอง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแล ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง	n	X	SD	Mean difference	p-value
การรับรู้คุณค่าในตนเอง					
ก่อนการทดลอง	30	31.63	5.50	8.34	<0.001
หลังการทดลอง	30	39.97	4.09		
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง					
ก่อนการทดลอง	30	31.97	4.59	8.80	<0.001
หลังการทดลอง	30	40.77	3.56		
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนการทดลอง	30	77.97	5.98	2.86	*0.012
หลังการทดลอง	30	80.83	5.16		

* p < 0.05

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 82.90 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 95.23 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองดังตารางที่ 2 และนอกจากนี้ พบว่าก่อนการทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย

136.73 หลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงเป็น 131.20 เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 2 ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวก่อนการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย 80.17 หลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงเป็น 77.90 เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวคลายตัว ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง	n	X	SD	Mean difference	p-value
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนการทดลอง	30	82.90	7.34	12.33	<0.001
หลังการทดลอง	30	95.23	8.18		
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว					
ก่อนการทดลอง	30	136.73	10.23	-5.53	*0.001
หลังการทดลอง	30	131.20	11.40		
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว					
ก่อนการทดลอง	30	80.16	8.69	-2.26	*0.005
หลังการทดลอง	30	77.90	7.34		

* $p < 0.05$

5. การเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 8.33 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.17 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 7.17 (95%CI : 5.64 ถึง 8.69) ดังตารางที่ 3

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตสูง พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนทดลอง 8.80 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 1.93 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 6.87 (95%CI : 4.79 ถึง 8.94) ดังตารางที่ 3 ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นจากก่อนทดลอง 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.86 กลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 0.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.40 (95%CI : 0.20 ถึง 4.60) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลอง	n	d	SD _d	Mean difference	95 %CI	p-value
การรับรู้คุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	30	8.34	3.89	7.17	5.64-8.69	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	1.17	1.37			
การรับรู้พลังอำนาจตนเอง						
กลุ่มทดลอง	30	8.80	4.74	6.87	4.79-8.94	0.001*
กลุ่มควบคุม	30	1.93	3.10			
พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูง อายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	30	2.86	5.86	2.40	0.20-4.60	0.005*
กลุ่มควบคุม	30	0.47	0.73			

* p< 0.05

6. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนทดลอง 12.33 กลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น 1.37 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม 10.97 (95%CI : 8.65 ถึง 13.28) ดังตารางที่ 4

จากการเปรียบเทียบผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยลดลงจากก่อนทดลอง 5.53 กลุ่มควบคุมมีผลต่างค่าความดันโลหิตเฉลี่ยสูงขึ้น 2.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.52 เมื่อเปรียบเทียบผล

ต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 7.90 (95% CI: -11.92 ถึง -3.88) ดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยลดลงจากก่อนทดลอง 2.26 กลุ่มควบคุมมีผลต่างค่าความดันโลหิตเฉลี่ยสูงขึ้น 4.90 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 7.17 (-10.59 ถึง -3.74) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังทดลอง	n	d	SD _d	Mean difference	95 %CI	p-value
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ						
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง						
กลุ่มทดลอง	30	12.33	6.19	10.97	8.65-13.28	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	1.37	0.49			
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว						
กลุ่มทดลอง	30	-5.53	8.02	-7.90	-11.92 - -3.88	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	2.37	7.52			
ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว						
กลุ่มทดลอง	30	-2.26	4.03	-7.17	-10.59 - -3.74	<0.001
กลุ่มควบคุม	30	4.90	8.37			

* p< 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี อภิปรายผลที่ได้จากการทดลองดังนี้

การรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังจากที่ได้รับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลจะมีการรับรู้คุณค่าของตนเอง ตระหนักในศักยภาพ และความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรา แสนธรรมมา⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลัง

อำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽⁷⁾ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของครอบครัวกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมและมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้พลังอำนาจตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนที่เน้นการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการค้นหาสภาพปัญหา สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ หาสาเหตุของปัญหา ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับผู้สูงอายุ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁽⁷⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประภา ชีวีโรจน์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผลการวิจัยของปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาววัยก่อนเรียนที่บ้านพบว่าภายหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของกิบสัน⁽⁷⁾ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าหลังจากเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเกิดการพัฒนาดตนเองโดยการเรียนรู้เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาร่วมกับผู้ดูแล และมีส่วนในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้คุณค่าตนเอง และเกิดพลังอำนาจเชื่อมั่นในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนและผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังจากการทดลองเสร็จสิ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของประภา ชีวโรจน์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริม

สร้างพลังอำนาจพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของนางเยาว์ ไบยา⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อาจเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการปรับบทบาทหน้าที่ และการช่วยเหลือกันทำหน้าที่ครอบครัวอย่างเหมาะสมจะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้ โดยการทำหน้าที่ครอบครัวมีการยืดหยุ่นเหมาะสมตามสถานการณ์ปัญหาของครอบครัว และช่วยสนับสนุนด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวภายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้มีการให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน ในสัปดาห์แรกผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พร้อมมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เมื่อได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้สูงอายุหาวิธีการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับผลต่างความดันโลหิตก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น และค่าความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ ถาดแสง⁽¹²⁾ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ

ควบคุมค่าความดันโลหิตได้ พบว่าหลังการทดลองมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของอโนซา ศรีญญาวัจน์⁽¹³⁾ ศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและเพิ่มความสามารถในการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยสามารถแสดงให้เห็นว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้น เมื่อมีพฤติกรรม การดูแลที่ดี พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก็ดีขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตาม และกระตุ้นกลุ่มผู้ดูแลและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. วิพรรณ ประจวบเหมาะ,บรรณาธิการ.รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย; 2556.

2. กลุ่มสถิติแรงงาน, สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2556. กรุงเทพมหานคร; 2556.
3. สำรวม ปิ่นทะเล. รายงานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการประชุมเครือข่ายสุขภาพวังศรี; 18 มิถุนายน 2557; ปรารังบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหินเทิน; 2557.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.);2553.
5. ภัทรา แสนธรรมมา. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวต่อการมีพลังอำนาจในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
6. ประภาชีวีโรจน์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
7. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995; 21: 1201-10.
8. Dawson-saunders B, Trapp RG. Basic & Biostatistics 2nd ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1993.
9. นิภาพรณ อธิคมานนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
10. ปัทมาภรณ์ พรหมวิเศษ. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

11. นงเยาว์ ไบยา. ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
12. เบญจมาศ ถาดแสง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
13. อโนชา ศรีญญาวัจน์. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

The participation in the zika virus disease prevention and control
for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province

กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์ พ.บ.

โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม

Kitti Wongpathomtip M.D.

Don Tum Hospital, Nakhon Pathom province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐมระหว่างกลุ่มที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐมจำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม (Questionnaires) สถิติที่ใช้วิเคราะห์และแสดงผลปัจจัยส่วนบุคคลคือจำนวน ร้อยละ และใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test และวิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วย LSD โดยวิธีของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากมากไปหาน้อยคือ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านการเฝ้าระวังโรค และด้านการป้องกันและควบคุมโรค ตามลำดับ และกลุ่มอายุ การได้รับการอบรมที่ต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ที่แตกต่างกัน อายุ และการเคยเข้ารับการอบรม มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ที่ระดับ .05 ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคติดเชื้อไวรัสซิกา

Abstract

The purposes of this research were to study the factors affecting the participation and the level of participation in the zika virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province.

The sample comprised of 240 health volunteers in Don Tum district of Nakhon Pathom province. The instrument was a constructed questionnaire. The statistics used for analyzing the collected data were percentage, arithmetic mean ($\bar{X}$), standard deviation (S.D.), t-test, F-test and LSD (Least Significant Difference).

The results show that, the health volunteer, participation in the zika virus disease were the high level. Additionally, the data analyses showed the priority of the health volunteer, participation as follows; the high level in 3 areas: the public relations the diseases surveillance the prevention and control and, the data analyses on the personal factors that affected the health volunteers, participation showed that age, training had significant at high

level p -value $<.001$, whereas, their sex, education, occupation, status and information had no significant difference on their participation

Keywords: participation, health volunteer, zika virus disease

บทนำ

โรคติดเชื้อต่าง ๆ ยังคงเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญของมนุษย์ แม้ว่าปัญหาสาธารณสุขในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะมีการปรับเปลี่ยนให้บทบาทสำคัญกับโรคไร้เชื้อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพจิตมากขึ้น แต่การพัฒนาของมนุษย์ในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้การติดต่อแพร่โรคจากดินแดนหนึ่งสู่อีกดินแดนหนึ่งเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและสามารถก่อให้เกิดการระบาดเป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรงกว้างขวางได้ สถานการณ์ของไวรัสซิกาในต่างประเทศ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าเชื้อไวรัสซิกาได้ระบาดในแถบทวีปอเมริกาได้อย่างหนักมาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 โดยเฉพาะในประเทศบราซิลและโคลอมเบีย ซึ่งประเทศบราซิลถือเป็นประเทศที่มีการระบาดหนักที่สุดจนถึงขั้นต้องประกาศภาวะฉุกเฉิน หลังพบเด็กทารกแรกเกิดติดเชื้อและมีความผิดปกติทางสมองเกือบ 4 พันราย ส่วนในประเทศโคลอมเบียคาดการณ์ว่าการระบาดของไวรัสซิกาอาจทำให้มีผู้ป่วยถึง 600,000-700,000 คน กระทรวงสาธารณสุขโคลอมเบียจึงออกประกาศแนะนำให้สตรีเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไป 6-8 เดือนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อไวรัสซิกา สำหรับประเทศที่มีการระบาดของไวรัสซิกา ตามรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคหรือ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ประเทศสหรัฐอเมริกา มีทั้งหมด 48 ประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอเมริกา ทั้งอเมริกาเหนือ อเมริกากลาง อเมริกาใต้^(1,2)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยครั้งแรก พ.ศ.2555 โดยในช่วง พ.ศ. 2555-2558 พบรายงานผู้ป่วยกระจายทุกภาค และมีผู้ป่วยยืนยันเฉลี่ยปีละ 5 ราย ซึ่งก่อนหน้านี้ต้องส่งตัวอย่างไปตรวจที่ต่างประเทศ แต่ปัจจุบันประเทศไทยสามารถตรวจเองได้ และในปี 2559 นี้ ตั้งแต่ต้นปีมีรายงานผู้ป่วยใน 16 จังหวัดทั่วประเทศ

ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้ในเวลาที่เหมาะสม ปัจจุบันมีเพียง 12 อำเภอ ใน 6 จังหวัด ที่มีรายงานผู้ป่วยและยังอยู่ในระยะควบคุมโรค 28 วัน และยังไม่พบผู้ป่วยได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก โดยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ จันทบุรี เพชรบูรณ์ และบึงกาฬ^(3,4)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับหมู่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾

ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาระดับการมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม และระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับใด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้ประกอบการ

พิจารณาวางแผนและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรงพยาบาลดอนตูม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม อย่างมีประสิทธิภาพในภายหน้า

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานในการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาที่แตกต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาแตกต่างกัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม และเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 552 คน⁽⁶⁾ ซึ่งมีจำนวนประชากรที่แน่นอน โดยใช้สูตร⁽⁷⁾

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มประชากร

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่า $e = .05$ $N = 552$

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{552}{1 + 552 \times .05^2}$$

$$n = 231$$

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)⁽⁸⁾ โดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ จำนวน 240 คน

ตารางที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม

โรงพยาบาล	จำนวน อสม.(คน)	จำนวน อสม.กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลตอนตม	58	26
รพ.สต.ตะโกสูง	56	24
รพ.สต.ห้วยพระ	39	17
รพ.สต.เลาเต่า	41	18
รพ.สต.ลำเหย	57	25
รพ.สต.บ้านภูมิ	61	26
รพ.สต.ดอนพุทรา	74	32
รพ.สต.บ้านหลวง	41	18
รพ.สต.ดอนรวก	31	13
รพ.สต.ห้วยด้วน	41	18
รพ.สต.ลำลูกบัว	53	23
รวม	552	240

การดำเนินการศึกษา

ระยะเวลาในการดำเนินการ มีขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาสร้างเป็นนิยามตัวแปร

2) สร้างแบบสอบถามจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม เอกสารความรู้และคู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกาของสำนักโรคอุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค และแนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ครอบคลุมนิยามตัวแปรที่กำหนด

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) รายข้อ โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรที่ต้องการวัด โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Item Objective Congruence Index)⁽⁹⁾ ระหว่าง 0.67-1.00

4) นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสา

สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน

5) นำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α Coefficient Alpha) ของครอนบาค (Cronbach)⁽¹⁰⁾

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังโรคเท่ากับ 0.91 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเท่ากับ 0.84 และด้านการประชาสัมพันธ์เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การสร้างแบบสอบถาม (Questionnaires) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การเข้ารับการอบรมเรื่องการ

ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แบบมาตราส่วน (Rating Scale) จำนวน 28 ข้อ

ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์การแปลผลระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้คะแนนตามกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์⁽¹¹⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และสถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสท์

3. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปรที่ศึกษา ทดสอบด้วย t-test ในการทดสอบ ตัวแปรอิสระที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ และการเข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ F-test สำหรับตัวแปรอิสระที่มีการจำแนกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference) ของฟิชเชอร์

ระยะเวลาการศึกษา

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2559

ผลการศึกษา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ศึกษาได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 240 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นหญิงจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 65.70 และเป็นเพศชายจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 34.30 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 49.60 สถานภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและเลี้ยงสัตว์จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.40 ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 การเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และการรับรู้ข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่า จากไลน์ (Line) จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาโทรทัศน์/วิทยุ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8

2. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม

เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.40$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังโรค ($\bar{X} = 2.45$) และด้านการประชาสัมพันธ์ ($\bar{X} = 2.44$) ส่วนด้านการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยภาพรวม

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
ด้านการเฝ้าระวังโรค	2.45	0.37	มาก
ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	2.17	0.36	ปานกลาง
ด้านการประชาสัมพันธ์	2.44	0.43	มาก
รวม	2.40	0.36	มาก

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม พบว่าอายุ และการเคยเข้ารับการอบรม มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามตัวแปรอายุ ($n=240$)

อายุ	$\bar{X}$	S.D.	95%CI	F	df	p-value
30 ปี หรือต่ำกว่า	2.51	0.35	-.14 ถึง .10	12.795	239	<.001*
31 - 40 ปี	2.53	0.26				
41 ขึ้นไป	2.30	0.36				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษา พบว่าอายุ และการเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามตัวแปร การเข้ารับการอบรม ($n=240$)

การเข้ารับการอบรม	$\bar{X}$	S.D.	95%CI	t-test	df	p-value
เคย	2.45	0.35	.12 ถึง .35	4.166	239	<.001*
ไม่เคย	2.21	0.34				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอตอนตม จังหวัดนครปฐม ผู้ศึกษาได้ข้อสรุปดังนี้

1. ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.40$) แต่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.17$)

2. กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีระดับการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มอายุ 31-41 ปี มีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ที่ระดับ .05

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เคยเข้ารับการอบรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกามีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขาดประสบการณ์ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งประเทศไทยพบผู้ป่วยครั้งแรก พ.ศ.2555 เพียง 12 อำเภอ ใน 6 จังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในจังหวัดนครปฐม น่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในระดับปานกลาง ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญในเรื่ององค์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และควรบูรณาการแนวทางปฏิบัติงานการป้องกัน และควบคุมโรคที่เกิดจากยุงลายเป็นพาหะ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya) และไข้เหลือง เข้าด้วยกัน การสร้างรูปแบบการใช้สื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับ

เทคโนโลยีในปัจจุบัน เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) และอินเทอร์เน็ต (Internet) เป็นต้น ทางเลือกใช้เทคนิคการระดมสมองคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างปัญหาของจุดประสงค์และศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เป็นหัวใจหลักที่สำคัญในกระบวนการดำเนินงานควบคุมโรคที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของหมู่บ้านและชุมชน การบูรณาการการแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทางกายภาพ เป็นวิธีที่สามารถแก้ปัญหาโรค การควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการแก้ไขปัญหาการสาธารณสุขในด้านอื่น ๆ ตามโครงสร้างบทบาทหน้าที่ตามระเบียบและข้อบังคับหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งเป็น “ผู้นำ” ที่มีความรู้ความสามารถในการจูงใจและได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากประชาชนในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพด้วยความเต็มใจ โดยเกิดจากความเลื่อมใสศรัทธาในตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่จะนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานทำให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพดีและปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บได้บรรลุลงไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย และสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกกลุ่มอายุมีการกระทำหรือมีส่วนร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มักกระตุ้นให้เกิด

พฤติกรรม ซึ่งอาจจะเป็นการได้รับรางวัล เกียรติยศ ชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับ ยกย่อง ค่าตอบแทน หรือเงินเดือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของยูว์เดิน วูตเมธ⁽¹²⁾ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาการพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับความจริงที่ว่ามนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

จากผลการวิจัย พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เคยเข้ารับการอบรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานการฝึกอบรมความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสซิกา ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญ ความสามารถ และทัศนคติในทางที่ถูกที่ควร เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานและภาระหน้าที่ต่าง ๆ ในปัจจุบันและอนาคตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน หรือเพิ่มความสามารถให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถที่จะขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Johnson, ; McGehee & Thayer, อ้างใน วีระพันธ์ แก้วรัตน์⁽¹³⁾ การฝึกอบรมมีบทบาทในการปรับปรุงประสิทธิภาพขององค์กร ได้แก่ ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถ และเจตคติของพนักงาน การฝึกอบรมจะช่วยปรับปรุงให้พนักงานมีคุณสมบัติที่จำเป็นต่อการทำงานดีขึ้นกว่าเดิมอันจะส่งผลผลิตสูง

ขึ้นทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านค่าจ้างแรงงาน ลดเวลาที่ใช้ในการพัฒนาพนักงานที่ขาดประสิทธิภาพ เพื่อให้มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ช่วยลดต้นทุนการผลิต โดยการลดปริมาณสินค้าที่ผลิตอย่างไม่ได้มาตรฐาน ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการบริหารบุคคล โดยการลดอัตราการลาออกจากงาน การขาดงาน การมาทำงานสาย อุบัติเหตุ การร้องทุกข์ และสิ่งอื่นๆ ที่บั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ลูกค้า โดยการช่วยปรับปรุงระบบการให้บริการหรือส่งสินค้าให้แก่ลูกค้า ช่วยพัฒนาพนักงานเพื่อให้เป็นกำลังทดแทนในอนาคต การฝึกอบรมบุคลากรจะช่วยให้องค์กรมีกำลังทดแทนได้ทันที หากมีพนักงานบางส่วนเกษียณ หรือลาออกจากการทำงาน ช่วยเตรียมพนักงานก่อนการก้าวขึ้นไปสู่ตำแหน่งหน้าที่ที่สูงขึ้นการฝึกอบรมจะช่วยให้พนักงานที่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งใหม่ มีความพร้อมและสามารถปรับตัวให้เข้ากับตำแหน่งหน้าที่ใหม่ได้อย่างเหมาะสม ช่วยขจัดความล่าช้าด้านทักษะ เทคโนโลยี วิธีการทำงาน และการผลิต การฝึกอบรมจะช่วยให้พนักงานขององค์กรมีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่ทันกับเปลี่ยนแปลงของโลกและช่วยให้องค์กรสามารถแข่งขันกับผู้อื่นได้ และช่วยให้การประกาศใช้นโยบายหรือข้อบังคับขององค์กร ซึ่งได้รับการแก้ไขหรือร่างขึ้นมาใหม่ เป็นไปอย่างราบรื่นและปรับปรุงและพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานในองค์กรรวมทั้งช่วยเพิ่มพูนขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพนักงานด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจากนายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม นายแพทย์মনะชัย อิงสุรารักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม และนายสาโรจน์ ลิ้มปิยะณะ สาธารณสุขอำเภอดอนตูม ที่ให้คำปรึกษาและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ นายปวิรรณ สแสงพิทักษ์อดีตผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และ รศ.ดร.นรินทร์ สังข์รักษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณา

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และความครบถ้วนตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์การวิจัยและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนเสร็จสมบูรณ์ รองศาสตราจารย์ดุสิต สุจิราวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชา ระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนายสุภัทร กตัญญูทิศา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการ แปลผลข้อมูลการวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอดอนตูมและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ เป็นอย่างยิ่ง รวมถึงกัลยาณมิตรที่ได้กล่าวนามที่มีส่วน สนับสนุนจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health. Zika virus [internet]. [cited 2016 Jan 21]. Available from: <http://who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>
2. World Health. Zika virus infection [internet]. [cited 2016 Jan 21]. Available from: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=comtopics&view=article&id=427&itemid=41484&lang=en>
3. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. สถานการณ์โรคติดต่อ ไข้หวัดใหญ่ [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2559] เข้าถึงได้จาก: [beid.ddc.moph.go.th /](http://beid.ddc.moph.go.th/)
4. สำนักระบาดวิทยา. สรุปรายงานโรคประจำสัปดาห์. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. คู่มือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ อาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ร.ส.พ.; 2542.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนตูม. ข้อมูลจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำเดือนตุลาคม 2559. นครปฐม: งานสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอดอนตูม; 2559. (เอกสารอัด ลำเนา)
7. Taro Yamane. Statistics: An Introductory Analysis 3rd ed. Tokyo: Harper International Edition; 1973; p726.
8. วิมลภ ธีระรัตนานนท์. เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์; 2554.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทาง สังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล; 2540.
10. พงษ์รัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร; 2540.
11. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
12. ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนา ชนบท. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยอนุเคราะห์ ไทย; 2526.
13. วีระพันธ์ แก้วรัตน์. การฝึกอบรมและการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : [http:// www.yonok.ac.th/person](http://www.yonok.ac.th/person)

แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Nursing practice guidelines of promoting medication adherence for
elderly patients with pulmonary tuberculosis who followed up at
tuberculosis clinic of Kuchinarai Crown Prince Hospital,
Kuchinarai district, Kalasin province

ณัฏวารินทร์ โพธิสัย พย.ม.

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ ประ.ด. (การพยาบาล)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Natwarin Phothisai M.N.S.

Sirimart Piyawattanapong Ph.D. (Nursing)

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัณโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ผ่านการตรวจสอบและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE II ฉบับภาษาไทย ผลการพัฒนาได้แนวปฏิบัติทั้งหมด 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินคัดกรอง 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 4) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ 5) การติดตามประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการยอมรับจากคณะผู้เชี่ยวชาญในเกณฑ์ที่ดีด้วยคะแนนในภาพรวมร้อยละ 71.50 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุ ความร่วมมือในการรับประทานยา

Abstract

This purpose of this study aimed to develop Nursing Practice Guidelines (CNPG) of promoting medication adherence for elderly patients with pulmonary tuberculosis (TB) who followed up at tuberculosis clinic of Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kuchinarai district, Kalasin province. The framework for development based on the nursing practice guideline of Soukup. It was appraised by 3 experts using Thai Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Thai AGREE II). The CNPG development had 5 steps; 1) an advocacy of patients and ethical 2) evaluating the screening 3) the promoting medication adherence for patients 4) The continuity of care

to promoting medication adherence for patients and 5) evaluation. The CNPG was accepted from the experts in good criteria, average score 71.50 percent. The finding of this study suggests that the CNPG is appropriated and feasible to be use.

Keywords: nursing practice guidelines, elderly patients, medication adherence

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วย และการตายในหลายประเทศทั่วโลก สาเหตุเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และการเคลื่อนย้ายแรงงาน รวมทั้งการละเลยปัญหาโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ ในเอเชียพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 63.50 ต่อประชากรแสนคน ในกลุ่มอายุที่น้อยกว่าพบ 27.0 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้สูงอายุร้อยละ 21.00 เสียชีวิตระหว่างรักษาโรคเรื้อรัง⁽²⁾ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าในปี พ.ศ.2554 - 2556 มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 128, 143 และ 130 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 38, 45 และ 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.69, 31.47 และ 44.62 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุร้อยละ 90 ใช้ยาสูตรที่ 1 ในการรักษาโรคเรื้อรัง และจากการติดตามพบว่าผู้สูงอายุมีผลสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 65.79, 57.78 และ 72.41 พบการเสียชีวิตร้อยละ 7.89, 24.44 และ 22.41 และการขาดยาร้อยละ 13.16, 2.22 และ 1.72 ตามลำดับ โดยในช่วงการศึกษาพบผู้สูงอายุรับประทานยาต้านโรคเรื้อรังไม่สม่ำเสมอร้อยละ 7.89, 8.89 และ 10.34 ตามลำดับ มีสาเหตุมาจากมีภาวะตับอักเสบจำนวน 5 คน (ร้อยละ 38.46) มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร จำนวน 6 คน (ร้อยละ 46.15) แพ้ยาจำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.69) และไม่มีผู้ดูแลพามารับยาจำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.69)⁽³⁾ จากข้อมูลการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพพบว่า

ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เหมาะสม การปฏิบัติขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งผู้สูงอายุความสามารถในการจำลดลง การมองเห็นลดลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคม ทำให้เกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และเป็นสาเหตุของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และขาดยาในที่สุด⁽⁴⁾ ซึ่งการขาดยา การรักษาล้มเหลว และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังหลายขนาน ทำให้การรักษาไม่มีความยั่งยืน ชับซ้อน ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นเป็น 3-4 เท่าของการรักษาในผู้ป่วยปกติ ผลข้างเคียงของยามากขึ้น ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงขึ้น ครอบครัวและผู้ดูแลสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ครอบครัวขาดรายได้ เกิดภาวะเครียด นอกจากนี้เชื่อว่าโรคเรื้อรังสามารถแพร่กระจายสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้⁽¹⁾ และจากการศึกษาการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คือ มีความไม่แน่ใจที่จะทนต่ออาการข้างเคียงของยา หงุดหงิด จำข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การรับประทานยา และการบันทึกการรับประทานยาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแล และเมื่อพบอาการข้างเคียงของยาไม่สามารถจัดการได้ จึงมีความคิดที่จะหยุดยา สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา คือ กำลังใจจากครอบครัว/พยาบาลผู้ดูแล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มเติม รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาขณะที่เยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ มีความเข้าใจแผนการรักษา อาการข้างเคียงของยามากขึ้น และ

เข้าใจแนวทางการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ผู้สูงอายุวัยโรคจึงรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การเตรียมยา การจัดระบบให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการจัดการอาการข้างเคียงของยา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทักษะของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ขาดอาหาร รายได้ต่ำ การใช้สมุนไพรทำให้หยุดรับประทานยาด้านโรค 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้เรื่องโรค ความรู้เรื่องระยะเวลาการรักษา 4) ปัจจัยแวดล้อม เช่น การใช้แอลกอฮอล์ทำให้ลืมกินยาและผิดนัด การมีโรคร่วมหลายโรค การติดเชื้อ และ 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น^(5,6) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรคพบได้น้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ และศึกษาในโรคอื่นๆ ที่มีผลข้างเคียงจากยาค่อยๆ กับยาด้านโรค เช่น ยาด้านไวรัสเอดส์ ยารักษาโรคทางจิตเวช การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมิน/คัดกรอง⁽⁷⁻¹¹⁾ การให้ความรู้^(7,8,10-14) การให้คำปรึกษา^(11,13,15) การจัดให้มีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยาต่อหน้า^(8,15) การสนับสนุนทางสังคม^(13,14) การติดตามเยี่ยมบ้าน^(10,12-14) และการติดตามทางโทรศัพท์^(11,13)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรค ที่มารับบริการที่คลินิกวัยโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่คลินิกวัยโรค เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรค

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรค ที่มารับบริการที่คลินิกวัยโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

คำถามการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรค ที่มารับบริการที่คลินิกวัยโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วยกระบวนการพัฒนา 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก (Evidence-trigger phase) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported phase) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence-observe phase) และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 ยังไม่ถึงระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลอง ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียน ผู้สูงอายุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และขาดยาในปี พ.ศ. 2554-2556 การทบทวนผลการจัดการรายการณผู้สูงอายุวัยโรคในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุวัยโรคและผู้ดูแล การสังเกตและสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุวัยโรค และศึกษาตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge triggers) ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิง

ประจักษ์ได้แก่ การกำหนดคำถามในการทบทวน การสืบค้นหลักฐาน การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และระดับข้อเสนอนะของหลักฐาน การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐาน การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินคุณภาพของการจัดทำแนวปฏิบัติ AGREE II ฉบับภาษาไทย (Thai Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II)⁽¹⁷⁾ จากนั้นนำคำแนะนำหรือข้อเสนอนะปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมต่อการนำไปใช้

วิธีดำเนินการศึกษา

ประชุมทีมบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผินารายณ์ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ และผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง คือปี พ.ศ. 2554 – 2556 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาที่พบ และแนวทางแก้ไขร่วมกัน การศึกษาครั้งนี้มีกระบวนการพัฒนา 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase)

เป็นการค้นหาปัญหาทางคลินิกของผู้สูงอายุวัณโรค ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) และตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge triggers) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) เป็นปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน ได้แก่ 1) การทบทวนเวชระเบียนผู้สูงอายุที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดยาในปี 2554-2556 2) การทบทวนผลการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุวัณโรค ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 3) การสัมภาษณ์ผู้สูงอายุวัณโรค และผู้ดูแลจำนวน 10 คน 4) การสังเกตและสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุวัณโรคจำนวน 10 คน

2. การศึกษาตัวกระตุ้นจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers) โดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแนวทางการ

ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2: การทบทวนและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Supported phase) มีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดคำถามในการทบทวน เพื่อนำสู่การสืบค้น และคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) วิธีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุวัณโรค มีวิธีการใดที่เหมาะสมที่สุด และ 2) วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุวัณโรคที่เหมาะสม มีวิธีการใดบ้าง

2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้รวบรวมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ฐานข้อมูล PubMed, Cochrane Library, CINAHL, ProQuest, Science direct, Scholar google โดยใช้คำสำคัญ คือ Medication adherence + Elderly/Older persons/Older Adult/Aging, Medication adherence + Tuberculosis + Elderly/Older persons/Older Adult/Aging, Medication adherence + Tuberculosis + Guideline + Elderly/Older persons/Older Adult/Aging, Medication adherence + Tuberculosis + Intervention + Elderly/Older persons/Older Adult/Aging, วัณโรคแนวปฏิบัติ/การพยาบาล/การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความร่วมมือในการรับประทานยา และการสืบค้นด้วยมือทางห้องสมุด ได้แก่ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ การศึกษาอิสระ วารสารวิจัย และตำราวิชาการเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับเต็มที่ตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 – 2557 และ ตั้งแต่ ค.ศ. 2005 – 2014

3. การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และการประเมินระดับของข้อเสนอนะของหลักฐานใช้เกณฑ์ตามข้อเสนอของมิวนิค และไพน์เอาท์ โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik&Fineout- Overholt)⁽¹⁸⁾

4. การวิเคราะห์และการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกโดยนำหลักฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ลงในตารางและสกัดเอาข้อมูลที่ตรงประเด็นกับการศึกษา เพื่อให้ได้สาระสำคัญนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

5. การยกย่องแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและเนื้อหาหลัก เรียงลำดับกิจกรรมก่อนและหลังตามความสำคัญ กิจกรรมได้จากการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 16 เรื่อง คัดเลือกจากหลักฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 25 เรื่อง จากนั้นนำเสนอร่างแนวปฏิบัติต่อที่ประชุม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และแก้ไขร่างแนวปฏิบัติก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในขั้นตอนต่อไป

6. การประเมินคุณภาพการจัดทำแนวปฏิบัติ การพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ศึกษาได้นำร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษที่เชี่ยวชาญด้านโรคจำนวน 1 คน เกษตรชำนาญการที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจำนวน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านงานโรคจำนวน 1 คน โดยใช้ AGREE II ฉบับภาษาไทย จากนั้นทีมพัฒนาร่วมกันปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความเป็นไปได้และเหมาะสมที่จะนำสู่การปฏิบัติจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรค ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคและผู้ดูแล นำมาสรุปเป็นประเด็น

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนางาน โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยเพื่อเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน โดยคำนึงถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และหลักจริยธรรม ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองและการกระทำต่อมนุษย์ ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสืออนุมัติหมายเลขสำคัญโครงการเลขที่ HE582284 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2558

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาด้านคลินิก

ผลจากการทบทวนเวชระเบียนปี พ.ศ.2554-2556 ผลการศึกษาการจัดการรายกรณีและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรค/ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 35.16 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคร้อยละ 68.78 และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายาต้านโรคร้อยละ 82.67 มีผู้สูงอายุที่รับประทายาต้านโรคไม่ต่อเนื่องร้อยละ 10.34 และผู้สูงอายุโรคที่รับประทายาไม่ต่อเนื่องมีสาเหตุมาจาก 1) มีภาวะตับอักเสบร้อยละ 38.46 2) มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมาก เบื่ออาหารร้อยละ 46.16 3) แพ้ยาร้อยละ 7.69 และ 4) ไม่มีผู้ดูแลพามารับยาร้อยละ 7.69 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรค ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคมีความไม่แน่ใจที่จะทนต่ออาการข้างเคียงของยา 2) ผู้สูงอายุหลงลืม จำข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการรับประทายา และการบันทึกการรับประทายาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้ ทำให้รับประทายาไม่ถูกต้อง 3) ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือ กำกับกับการรับประทายา และ 4) พบอาการข้างเคียงของยาจึงมีความคิดที่จะหยุดยา เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปัญหาที่พบในขณะที่ได้รับการรักษาโรค ได้แก่ พบอาการข้างเคียงของยาต้านโรค เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดตามข้อ การจัดการปัญหาเหล่านี้ขึ้นกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับฟังจากผู้ที่เคยป่วยเป็นโรค และการปรึกษากุศลกรสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตัวเองถูกรังเกียจ คุณค่าในตนเองลดลง น้อยใจ บางครั้งนอนร้องไห้ ไม่มีคนให้คำปรึกษา

ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลเพื่อให้รับประทายาต้านโรคได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการ การให้คำปรึกษาเมื่อพบปัญหาในการดูแล และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโรคคิดว่าวิธีการที่จะช่วยให้รับประทายาได้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การมีผู้ดูแลช่วยเตือนหรือจัดยาให้รับ

ประธาน การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ การตรวจตามนัดทุกครั้ง การมีผู้ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา การมีปฏิทินยาช่วยเตือนการรับประทานยาเพื่อป้องกันการลืม กำลังใจจากผู้ดูแลครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสุขภาพ และการมีแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหากับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ผลการสังเกตการปฏิบัติงานและการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุวัณโรค การให้บริการขึ้นกับประสบการณ์และความชำนาญของพยาบาลแต่ละคน

จากสภาพปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลบางส่วนยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง และขาดแนวทางการจัดการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุวัณโรคสามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องครบตามแผนการรักษา

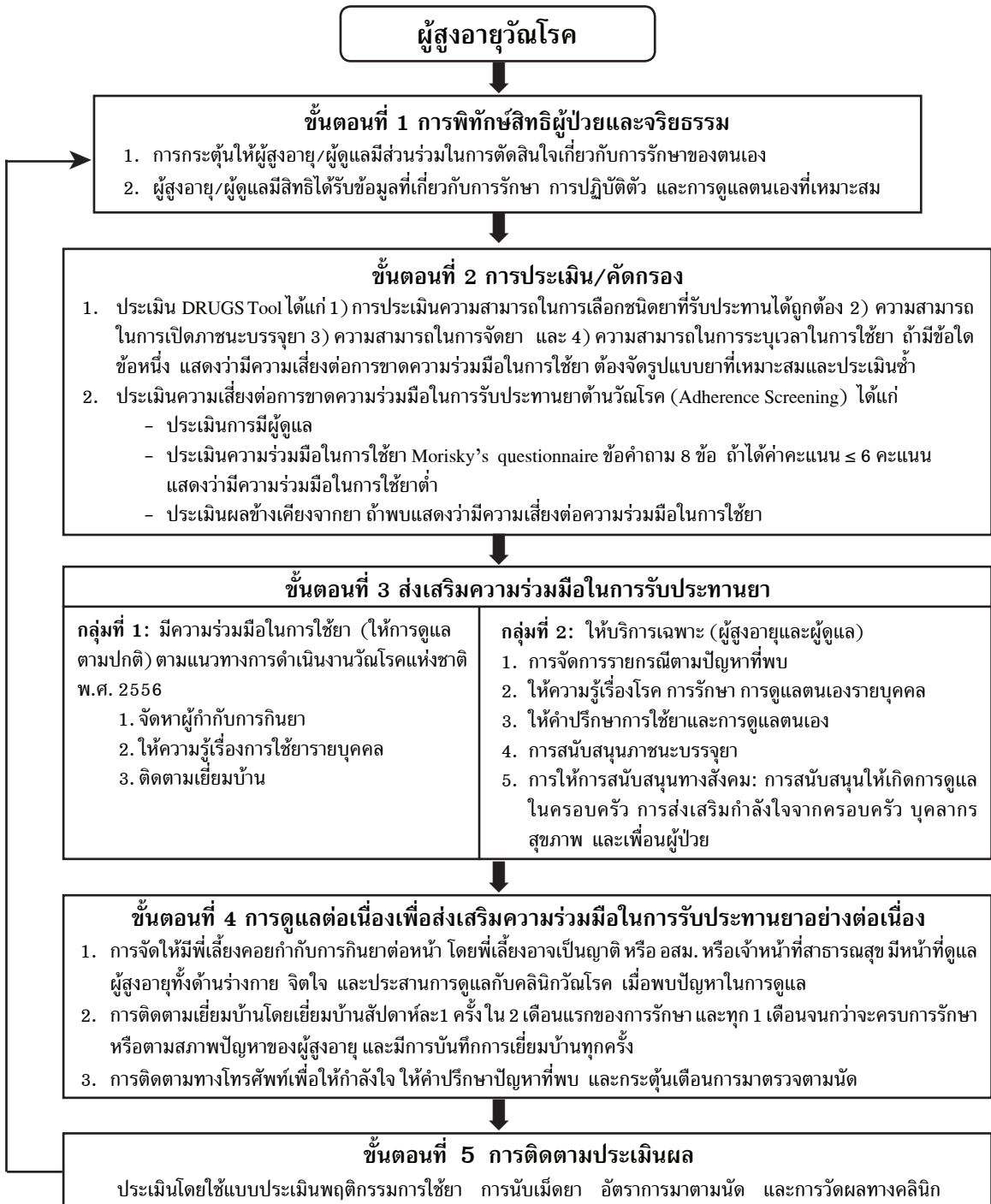
ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการทบทวน และสืบค้นพบหลักฐานทั้งหมด 25 เรื่อง แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่ามีหลักฐานที่เป็นบทความและ Technical review จึงคัดออกเหลือหลักฐานที่ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษาจำนวน 16 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยวิเคราะห์แบบเมตาจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกรณีศึกษา (Case-control) จำนวน 1 เรื่อง แนวปฏิบัติจำนวน 5 เรื่อง และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 เรื่อง การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และการประเมินระดับของข้อเสนอนะของหลักฐานใช้เกณฑ์ตามข้อเสนอของมินิค และไฟน์เอาท์ โอเวอร์โฮลท์ (Melnik & Fineout-Overholt)⁽¹⁸⁾ เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 15 ฉบับ และระดับ B จำนวน 1 ฉบับ นำหลักฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์สรุปเป็นร่างแนวปฏิบัติการ

พยาบาล และนำร่างแนวปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนตรวจสอบและประเมินคุณภาพการจัดทำแนวปฏิบัติ ผลการประเมิน แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้รับการยอมรับจากคณะผู้เชี่ยวชาญในเกณฑ์ดีด้วยคะแนนในภาพรวมร้อยละ 71.50 จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาร่วมกันปรับปรุงแก้ไขและนำมาขยายร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัณโรค ที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนนารายณ์ อำเภอกุนนารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ได้แก่ 1) การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองและ 2) ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่เหมาะสม⁽¹⁹⁾ ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน/คัดกรอง ได้แก่ 1) การประเมินความสามารถในการแยกแยะยาของผู้สูงอายุ (The Drug Regimen Unassisted Grading Scale: DRUGS)⁽⁷⁾ 2) การประเมินปัจจัยการมีผู้ดูแล⁽²⁰⁾ 3) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน Morisky's questionnaire⁽²¹⁾ ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลตามปกติตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556⁽¹⁾ และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้ 1) การให้ความรู้^(7,8,10-14) 2) การให้คำปรึกษา^(11,13,15) 3) การใช้ภาษาบรรจญา⁽⁷⁾ และ 4) การสนับสนุนทางสังคม^(13,14) ขั้นตอนที่ 4 การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การจัดให้มีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยาต่อหน้า^(8,15) 2) การติดตามเยี่ยมบ้าน^(10,12-14) และ 3) การติดตามทางโทรศัพท์^(11,13) และขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล ได้แก่ 1) การใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา⁽⁹⁾ 2) วิธีนับเม็ดยา⁽⁹⁾ 3) อัตราการมาตรวจตามนัด⁽¹⁹⁾ และ 4) การวัดผลทางคลินิก⁽⁹⁾

สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรคที่มารับบริการที่คลินิกวัยโรค โรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวัยโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวิโรค มีประเด็นที่จะนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. การค้นหาปัญหาด้านคลินิก จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุวิโรคส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่น มีภาวะตับอักเสบ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลียมาก เบื่ออาหาร แพ้ยา ไม่มีผู้ดูแลพามารับยา ความจำ การมองเห็น และการได้ยินลดลงทำให้รับประทานยาไม่ถูกต้อง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแล และปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม ปัญหาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ เช่น การเตรียมยา การจัดระบบ ให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทักษะการให้บริการต่อผู้ป่วย ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ขาดอาหาร รายได้ต่ำ การใช้สมุนไพรทำให้หยุดการรับประทานยา ด้านวิโรค ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความรู้เรื่องวิโรค ความรู้เรื่องระยะเวลาการรักษา ปัจจัยแวดล้อม เช่น การใช้แอลกอฮอล์ทำให้ลืมกินยาและผิदनัด การมีโรคร่วมหลายโรค การติดเชื่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น อาการข้างเคียงของยา^(5,6) ซึ่งวิธีการหาแนวทางช่วยลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุวิโรครับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจากผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวิโรค มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม จำนวน 2 ข้อ 2) การประเมินคัดกรอง จำนวน 5 ข้อ 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ 4) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ และ 5) การติดตามประเมินผล จำนวน 4 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้สูงอายุวิโรคมีการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการ

รับประทานยารักษาวิโรคของผู้ป่วยสูงอายุวิโรคปอด โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม⁽¹⁰⁾ สำหรับความแตกต่างจากการศึกษานี้ คือ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ให้การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สะดวกต่อการดูแล และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนผู้ป่วย และชุมชน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาสูง⁽¹³⁾

สรุปการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวิโรค ได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย ด้านระบบบริการ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านการรักษา และด้านปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการขาดความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุวิโรค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนินารายณ์ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในคลินิกวิโรค เพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล และพยาบาล ตัวชี้วัดคุณภาพ วิเคราะห์ผลกระทบ ปัญหาอุปสรรคของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สิริชัย นามทรงศนีย์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ เกษัชรประจิจิตร เขาเขียว หัวหน้างานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุนินารายณ์ และคุณนงนุช โนนศรีชัย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีค่า

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
2. Pratt RH, Winston CA, Kammerer SJ, Armstrong LR. Tuberculosis in older adults in the United States, 1993–2008. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 851–7.
3. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. ฐานข้อมูลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. กาฬสินธุ์; 2557.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
5. Muture B, Keraka M, Kimuu P, Kabiru E, OmbekaV, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in nairobi province, Kenya: A case control study. *BMC Public Health* 2011; 11: 696–706.
6. Yin X, TuX, Tong Y, Yang R, Wang Y, Cao S, et al. Development and validation of a Tuberculosis medication adherence scale. *PLOS ONE* 2012; 7: 1–6.
7. Topinkova E, Baeyen PJ, Michel Jean-Pierre, Lang Pierre-Olivier. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012; 29: 477–94.
8. Bergman-Evans. AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatric Nursing* 2006; 27: 174–82.
9. MacLaughlin JE, Raehl LC, Treadway KA, Sterling LT, Zoller PD, Bond AC. Assessing medication adherence in the elderly which tools to use in clinical practice. *Drugs Aging* 2005; 22: 231–55.
10. บรรจง จาดบุญนาค. การพัฒนาแนวปฏิบัติด้านคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทาน ยารักษาวัณโรคของผู้ป่วยสูงอายุวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม [รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหา-บัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
11. อังคณา วังทอง, ต่วนฮานาณี วัดเส้น, กิตติพัฒน์ ทุติยาสนต์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมมารับ ประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทแบบมีพี่เลี้ยง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล* 2557; 34: 51–70.
12. จริยา พันธุ์ไชยา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์; 2553.
13. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บุญรอด ตอนประเพ็ง, ดวงใจ บุญคง, พชนี สมกำลัง. กลยุทธ์ในการส่งเสริมความ สม่่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2556; 5: 13–24.
14. แอนนา สุมะโน. ผลของโปรแกรมเยี่ยมบ้านต่อการ ปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัย บุรพา; 2550.

15. Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource poor setting. JAMA 2007; 297: 380-6.
16. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-base practice model promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am 2000; 35: 301-9.
17. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลฉบับภาษาไทย (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
18. Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence-base practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. สุตรีก พิละกันทา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [รายงานการศึกษาระยะปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
20. Ruppert TM, Conn VS, Russell CL. Medication adherence intervention for older adults: Literature review. Res Theory Nurs Pract 2008; 22: 114-47.
21. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. PMC 2008; 10: 348-54.

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

A guideline of district health system development for Diabetic holistic care with action research in Thap Than district, Uthai Thani province

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ส.ด. *

วิมล แสงอุทัย ส.บ. **

กมลชัย อมรเทพรักษ์ พ.บ.(เวชศาสตร์ครอบครัว)***

สมนึก หงษ์ยิม ส.ด.***

Chakkraphan Phetphum Dr.PH.*

Wimon Saeng Uthai B.P.H.**

Kamolchai Amonteparak M.D. (Family Medicine)***

Somnuk hongyim Dr.PH.

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Public Health, Naresuan University

** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทัพทัน

**Thap Than District Public Health Office

***โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

***Thap Than Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ที่คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจงเลือก จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี มีองค์ประกอบ 3 ส่วนได้แก่ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอประกอบด้วย คณะทำงานและการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน 2) กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน ขั้นตอนลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนสังเกตผล และขั้นตอนสะท้อนกลับเพื่อการจัดการความรู้ และ 3) ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ และ (2) คณะทำงานมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมากขึ้นเนื่องจากมีเป้าหมายที่เป็นหนึ่งเดียวกัน ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาทำให้ทุกภาคส่วนในอำเภอเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากผลการศึกษาครั้งนี้จึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตบริการสุขภาพควรสนับสนุนด้านองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งควรมีการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และด้านกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพอำเภอการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

The purpose of this qualitative research was to lesson learned a guideline of District Health System (DHS.) development for diabetic holistic care in Thap Than district, Uthai Thani province. The key informants were 30 of district health teams in Thap Than district by purposive sampling. Semi-structured interview, participant observation and lesson learned were used for collecting data. The qualitative data analysis was content analysis.

The research found that the guideline for DHS development for diabetic holistic care has three compositions which were 1) the set of fundamental factors which were teams of district health system and management, information system development, and the capacity building of the district health teams. 2) The process of district health system development that was implicated with the action research spiral for knowledge management through 4 steps which were: planning, doing, observation, and reflection and 3) the results of the DHS development were 2 parts; (1) elderly diabetics could control blood sugar level higher than before participated in the project, and (2) the district health system teams were also satisfied, they could help each other setting unity goal and team, sharing more information and resources, and solve the problems by the action research that all sectors could work more efficiently. Therefore, recommend to the agency that responsible to policies to DHS development, such as provincial public health office and regional health should be support to knowledge and technology relating to fundamental factors for DHS development and strengthen potential for action research process. Moreover, should be developing to the monitoring and evaluation system to cover both outcomes to people who are the target group and process of DHS development.

Keywords: district health system, diabetic holistic care, action research

บทนำ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS) คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ส่วน คือการให้บริการสุขภาพ บุคลากรหรือคณะทำงานระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล⁽¹⁾ ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิด DHS มาใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมทั้งในการป้องกันโรค สร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ลดความเจ็บป่วยทุกขั้วทรมาณไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และพึ่งพาตนเอง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอและต่อมาได้กำหนดให้การพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอเป็น

หนึ่งในนโยบายที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการ และการทำงานที่เป็นเอกภาพ มีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่อยู่บนฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบริการสุขภาพที่จำเป็น มีการจัดการระบบสุขภาพแนวใหม่ที่มุ่งให้พหุภาคีเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น และมีการแบ่งปันทรัพยากรซึ่งกันและกันในพหุภาคีทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งมีการส่งเสริมการทำงานทั้งในด้านความช่วยเหลือการพัฒนาและเชิดชูผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหากดำเนินการได้ครบถ้วนจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีของประชาชน⁽²⁾

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายใต้ความร่วมมือของสำนักผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 2 และ 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2 และ 3 ร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่จึงได้ร่วมกันเสนอ โครงการ

พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่
อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการ 24 DHS) เพื่อให้เกิด
การเสริมสร้างสมรรถนะเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
ได้แก่ ทีมโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรง
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ตระหนักถึงความสำคัญ
มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด และระบบบริการ มีระบบการ
จัดการแบบมีส่วนร่วมให้เกิดการเชื่อมโยงเป็นทีมงาน
ระดับอำเภอ สร้างกลไกจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ
และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล
ครอบครัว ชุมชน และสังคม จนถึงการลดปัจจัยเสี่ยงทาง
สุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพระดับ
อำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอที่มีสุขภาพโดยมีอำเภอที่อยู่ใน
พื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก และ 3 นครสวรรค์
ที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 24 DHS จำนวน 24 อำเภอ และ
มีระยะเวลาการดำเนินโครงการดังกล่าวรวม 3 ปี คือ
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559

อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี เป็นหนึ่งในอำเภอ
เป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ 24 DHS มีพื้นที่รับผิดชอบ
11 ตำบล 104 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมดจำนวน
43,785 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) จำนวน 907 คน มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง
กึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป
จากเดิม จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองทั้งใน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร
การออกกำลังกาย และการจัดสิ่งแวดล้อมไม่ถูก
สุขลักษณะ นอกจากนี้ วัยแรงงานส่วนใหญ่ยังมีการ
ย้ายถิ่นฐานในการประกอบอาชีพทำให้ประชาชนกลุ่ม
เปราะบาง ส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย
โรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของเครือข่ายบริการ
สุขภาพอำเภอทัพทันในปี พ.ศ. 2557 ที่พบว่าผู้ป่วยโรค
เบาหวานจำนวน 2,269 คน คิดเป็นอัตราป่วย 5,662
ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,331
คน คิดเป็นร้อยละ 58.66 มีผลการประเมินการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ค่า HbA1c ครึ่งสุดท้ายน้อย
กว่า 7%) ร้อยละ 41.1 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

ร้อยละ 32.9 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ อาการ
ผิดปกติที่ระบบปลายประสาทที่เท้า ภาวะแทรกซ้อนที่ไต
และตา คิดเป็นร้อยละ 47.9, 36.9 และ 7.5 ตามลำดับ
นอกจากนี้ แนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในอำเภอ
ทัพทันที่ผ่านมายังไม่มีการบูรณาการทำงานร่วมกัน
ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการจัดการระบบ
สุขภาพระดับอำเภอทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะทำงานพัฒนาระบบ
สุขภาพอำเภอทัพทันจึงเห็นความสำคัญ และความจำเป็น
เร่งด่วนของปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และมีมิตรร่วมกันที่จะ
แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อ
พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงให้ทุก
ภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของ
องค์ประกอบระบบสุขภาพ และเกิดการบูรณาการแนวคิด
ในการจัดการระบบสุขภาพเข้าสู่พันธกิจหลักของภาคีใน
ทุกภาคส่วนของสังคม⁽³⁾ จนเกิดการเรียนรู้และพัฒนา
ร่วมกันเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่นอกจากจะทำให้เกิด
ผลลัพธ์ที่ต้องการแล้วยังสามารถจัดการกับระบบสุขภาพ
ของตนเองได้ตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมด้วย⁽⁴⁾
โดยตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา คณะทำงานพัฒนา
ระบบสุขภาพอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ได้พัฒนา
กระบวนการทำงาน และมีผลงานเชิงประจักษ์ในการแก้ไข
ปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความ
สนใจศึกษาเพื่อถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาระบบ
สุขภาพระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ
องค์รวมของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งผลการ
ศึกษาที่ได้นอกจากจะเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจ
และเห็นคุณค่าของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ
ที่จะนำไปสู่ความร่วมมือในการสรรค์สร้างนวัตกรรมทาง
สังคมเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
อย่างเป็นองค์รวมโดยนวัตกรรมที่มาจากทุก ๆ ภาคส่วน
ในอำเภอแล้ว ยังสามารถเป็นต้นแบบของการพัฒนา
ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพที่สามารถนำ
ไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อยกระดับ
คุณภาพชีวิตของประชาชน และประสานพลังของทุก

ภาคส่วนในระดับอำเภอให้สมเจตนารมณ์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมของอำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่ผ่านการรับรองจากคณะทำงานพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 – กันยายน พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลา 12 เดือน โดยมีระเบียบวิธีวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักไว้ 3 ประการ คือ 1) เป็นผู้บริหาร ผู้นำ และบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่หรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 2) ปฏิบัติหน้าที่หรือมีวิถีชีวิตอยู่จริงในสนามวิจัยตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และ 3) ยินยอมให้เก็บข้อมูลจนกว่าจะเสร็จสิ้นการวิจัย จำนวน 30 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1.1 ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ การสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎี (Theoretical sensibility) ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.2 ศึกษารวบรวมจากเอกสาร แผนที่และสื่อบุคคลเพื่อทำความเข้าใจอย่างรอบด้านเกี่ยวกับลักษณะ

ทางกายภาพ สังคมวัฒนธรรม สถานะสุขภาพและสุขภาวะของสนามวิจัยและของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตลอดจนศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ผ่านมาในสนามวิจัย

2. ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ประกอบด้วย

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured inter-view) ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยตนเอง โดยก่อนเริ่มต้นการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียงและสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ตรวจสอบความถูกต้องไปพร้อมๆ กับ การทบทวนตนเองก่อนการให้สัมภาษณ์ครั้งใหม่ ซึ่งการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 คน จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์จะมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์และลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือจนกว่าข้อค้นพบที่ได้มีความอิ่มตัว

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในฐานะผู้สังเกต (Participant as observation) ผู้วิจัยดำเนินการสังเกตด้วยตนเองตามแบบโครงสร้างการสังเกตไปพร้อมๆ กับมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการแก้ไขปัญหสุขภาพและการบริหารจัดการของคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพของอำเภอทพทัน จำนวนครั้งในการสังเกตยืดหยุ่นไปตามสถานการณ์ หรือจนกว่าข้อค้นพบที่ได้มีความอิ่มตัว

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการจัดกระบวนการถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมของอำเภอทพทัน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 180 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการพัฒนา นวัตกรรมทางสังคม และผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทพทัน

2. แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่ได้จากการลงพื้นที่ในฐานะบทบาทอาจารย์พี่เลี้ยงประจำอำเภอ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ปัจจุบันนำเข้า กระบวนการพัฒนา นวัตกรรมทางสังคม และผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทัพบ้าน

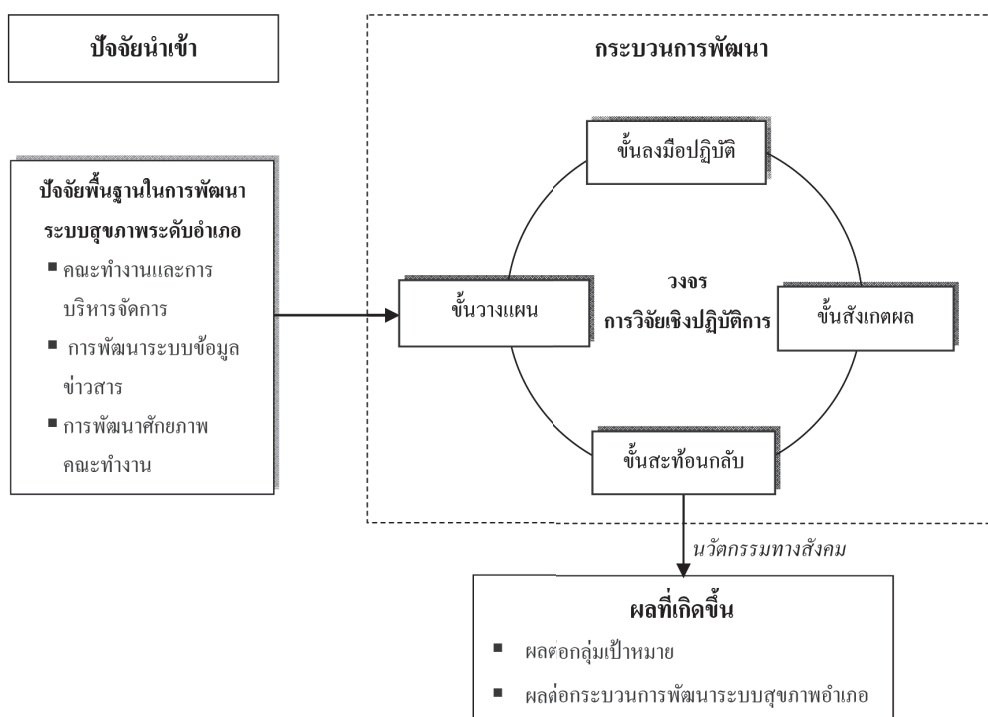
3. แบบโครงสร้างคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ปัจจุบันนำเข้า กระบวนการพัฒนา นวัตกรรมทางสังคม และผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทัพบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในแต่ละครั้ง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราว และหาข้อสรุปโดยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อได้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้มีจำนวน 30 คน ทุกคนมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทัพบ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557–2559 จำแนกออกเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลทัพบ้านที่รับผิดชอบงานเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 คน สาธารณสุขอำเภอทัพบ้านจำนวน 1 คน เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 12 คน อสม. ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 2 คน อสม. จำนวน 6 คน ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอทัพบ้านจำนวน 2 คน และตัวแทนผู้สูงอายุอำเภอทัพบ้านที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 4 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมของอำเภอทัพบ้าน ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ ปัจจุบันนำเข้า กระบวนการพัฒนา และผลที่เกิดขึ้น (ดังภาพที่ 1) โดยแต่ละส่วนสรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมในอำเภอทัพบ้าน จังหวัดอุทัยธานี

1. ปัจจัยนำเข้า

ปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน ประกอบด้วยคณะทำงานและการบริหารจัดการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานโดยสรุปได้ดังนี้

1.1 คณะทำงานและการบริหารจัดการ

คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน จำนวน 35 คน ประกอบด้วยตัวแสดงที่มีการทำงานประสานความร่วมมือกันใน 3 ระดับ คือ 1) กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพทัน และสาธารณสุขอำเภอทพทัน 2) คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS Team) จำนวน 12 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งจากนายอำเภอทพทัน ประกอบด้วย ตัวแทนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) กลุ่มภาคีเครือข่ายและภาคประชาชนที่มีส่วนร่วม (Strategic partnership) จำนวน 21 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน (Community leader) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การบริหารจัดการในคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน ใช้การบูรณาการการทำงานเชิงโครงสร้างระดับอำเภอที่มีอยู่เดิม โดยมีนายอำเภอทพทัน ทำหน้าที่เป็นประธานคณะทำงาน และทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานราชการ และภาคีต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้เข้าร่วมขับเคลื่อนระบบสุขภาพตามภารกิจหน้าที่หลักของแต่ละองค์กร และบูรณาการให้เป็นหนึ่งเดียวกัน โดยมีผู้บริหาร และคณะทำงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทพทันเป็นเลขานุการ และประสานหรือสั่งการผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 16 แห่ง ซึ่งมีการจับกลุ่มรวมกันเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 5 ศูนย์ แต่ละศูนย์ประกอบด้วยคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล และหมอครอบครัว) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการและภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดำเนินโครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และบางส่วนได้รับงบประมาณเพิ่มเติมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

ระบบข้อมูลข่าวสารที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน นอกจากบูรณาการร่วมกันระหว่างข้อมูลทุติยภูมิทางด้านสุขภาพและสถิติชีพของสถานบริการสาธารณสุข (Hospital based) ในระดับตำบลและอำเภอ กับข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในพื้นที่ที่ได้จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ในโครงการนี้ยังได้ริเริ่มและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากชุมชน (Community based) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในโครงการสานพลังอำเภอสุขภาวะเชื่อมปฏิบัติการด้วยระบบข้อมูลสุขภาพอำเภอ (District Health Information System: DHIS) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นชุดข้อมูลที่จะช่วยเติมเต็มในส่วนปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) และใช้เป็นเครื่องมือในการเหนี่ยวนำให้ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในอำเภอทพทันเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในเรื่องการออกแบบข้อคำถามในแบบสอบถาม ร่วมวางแผนและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ร่วมวิเคราะห์ ประมวลผล และใช้เป็นฐานข้อมูลกลางในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับอำเภอร่วมกัน โดยในภาพรวมอำเภอทพทันสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 8,539 หลังคาเรือนจาก 11,788 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 72.44

นอกจากนี้ ระบบข้อมูลข่าวสารที่ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันยังมีในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการร่วมด้วยโดยประยุกต์ใช้ผ่าน Social networks ต่าง ๆ เช่น กลุ่ม Line กลุ่ม Facebook ซึ่งมีส่วนช่วยทำให้การติดต่อสื่อสาร และส่งต่อข้อมูลข่าวสารให้กับคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเป็นไปอย่างรวดเร็วทั่วถึง และสามารถตรวจสอบหรือโต้แย้งความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารร่วมกันได้

1.3 การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน

คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน

ส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบจากหน่วยงานต้นสังกัดอยู่แล้ว เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และท้องถิ่นจังหวัด แต่สำหรับโครงการนี้คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทุกคนยังได้รับการพัฒนาศักยภาพ และเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (Capacity building: CB) ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรจัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 ประกอบด้วยหลักสูตรการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระดับอำเภอ หลักสูตรการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม หลักสูตรการกำหนดภาพอนาคตร่วมกัน หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้นำ หลักสูตรการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยเชิงคุณภาพ หลักสูตรการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ หลักสูตรการพัฒนาทีมงานและเครือข่าย หลักสูตรกระบวนการแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพ และหลักสูตรการพัฒนาคุณภาพและการถอดบทเรียน

2. กระบวนการพัฒนา

อำเภอทพทันประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้⁽⁶⁾ เป็นเครื่องมือหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนกลับเพื่อการจัดการความรู้โดยมีการขับเคลื่อนวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 รอบ แต่ละรอบมีระยะเวลาดำเนินงาน 2 เดือน สรุปผลในแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

2.1 ขั้นวางแผน

ในขั้นนี้ คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันจำนวน 35 คน ร่วมกันประชุมเชิงปฏิบัติการใช้ระยะเวลา 2 วัน เพื่อวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพในอำเภอทพทัน ประกอบด้วย

2.1.1 การรวบรวมข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปัญหาสาธารณสุขที่รวบรวมจากข้อมูลปฐมภูมิที่ได้จากการสำรวจตามโครงการ DHIS และข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี 4 ข้อ คือ 1) ปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ 2) ปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก 3) ปัญหาการ

ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นและ 4) ปัญหาอัตราพยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น และเมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาจาก 1) ขนาดของปัญหา 2) ความรุนแรงของปัญหา 3) ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และ 4) ความต้องการของชุมชนที่มีต่อปัญหา พบว่าปัญหาที่มีคะแนนความสำคัญสูงสุดคือปัญหาข้อที่ 1 ดังนั้นคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทัน จึงมีมติร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานีขึ้น และกำหนดให้เป็นโครงการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ (One District One Project: ODOP)

2.1.2 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหา ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วยเทคนิคแผนที่ความคิด (Mind mapping) พบว่าปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์มีสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังขาดความรู้ ทักษะ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ออกกำลังกาย ควบคุมอาหารไม่ได้ และไม่สามารถจัดการความเครียดได้ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่มีผู้ดูแลหรือมีผู้ดูแลแต่ยังขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้อง และ 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน

2.1.3 การกำหนดเป้าหมายและแนวทางแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ เป้าหมายของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี มี 3 ข้อ คือ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 60.0 มีผลระดับน้ำตาลในเลือดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 %) 2) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานประจำครอบครัว (Care giver) ทุกคนมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ร้อยละ 80.0) และ 3) เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (≥ร้อยละ 80.0) จากนั้นจึงร่วมกันระดมความคิดเห็นเพื่อออกแบบและ

พัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

2.2 ขั้นลงมือปฏิบัติ

ขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำแผนงานที่ได้จากขั้นที่ 2.1.3 ไปปฏิบัติในพื้นที่ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก สรุปดังนี้

2.2.1 จัดทำฐานข้อมูลและค้นหาข้อมูลโดย มอบหมายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และปัญหาสุขภาพทางช่องปาก และค้นหาข้อมูลให้คณะทำงานพัฒนาสุขภาพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่ง เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับอำเภอ

2.2.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ดูแลผู้ป่วย เบาหวาน เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมครบทั้ง 11 ตำบล จำแนกเป็น 3 หลักสูตร คือ 1) หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นหลักสูตรต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละครึ่งวัน มีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 450 คน 2) หลักสูตรสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำครอบครัว (Care giver) จำแนกเป็นภาคทฤษฎีจำนวน 5 วัน และภาคปฏิบัติจำนวน 6 วัน มีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 60 คนและ 3) หลักสูตรสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน หลักสูตร 2 วัน มีผู้ผ่านการอบรมจำนวน 450 คน

2.2.3 จัดตั้งเครือข่ายดูแลและให้การ สนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่งดำเนินการจัดตั้งเครือข่ายดูแลและให้การสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในเชิงรุก ครอบคลุมทั้งการสนับสนุนด้านความรู้

และข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการจัดการสุขภาพตนเองและการเดินทางไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด และการติดตามและประเมินอาการ นอกจากนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่งยังมีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันพัฒนานวัตกรรมทางสังคมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมโดยการนำภูมิปัญญาในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วย

2.3 ขั้นสังเกตผล

ขั้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่งร่วมกันสรุปผลการดำเนินงานในรอบระยะเวลา 2 เดือน (รวมจำนวน 3 ครั้ง) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ระดับอำเภอตลอดจนทบทวนปัญหา อุปสรรค และพัฒนาแผนงานที่จะดำเนินงานในรอบวงจรถัดไปและนำเสนอผลการสังเกตต่อคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

2.4 ขั้นสะท้อนกลับและจัดการความรู้

ภายหลังจากดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ครบ 3 รอบวงจรแล้ว คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอทบทวนได้จัดเวทีให้เครือข่ายระดับศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนผลการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม ด้วยเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และเทคนิคการเล่าเรื่อง (Story telling) โดยพบว่า มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย 1) กาบตาสยิดเหยียดกล้ามเนื้อ 2) หนูน้อยจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 3) กะลาลดอาการชาเท้า 4) Safety IN- CAN 5) ที่นอนป้องกันแผลกดทับ และ 6) ธงสีดูแลชีวิตชาวเบาหวาน ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแทรกซ้อน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 นวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม

ประเภทนวัตกรรม	ชื่อนวัตกรรม	รายละเอียดนวัตกรรม
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	กาบตาลยึดเหยียดกล้ามเนื้อ หนูน้อยจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	ใช้กบตันตาลซึ่งเป็นวัตถุดิบที่มีมากในบริเวณนั้นมาเป็นอุปกรณ์ในการยึดเหยียด และบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา นักเรียนในพื้นที่ออกเยี่ยมเยียน ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและเป็นการกำลังใจให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
ด้านการป้องกันโรคแทรกซ้อน	ที่นอนป้องกันแผลกดทับ	นำถุงน้ำยาฟอกไตที่ใช้แล้วมาเป่าลมให้พองและเชื่อมให้ติดกันเป็นที่นอนสำหรับผู้ป่วยติดเตียงป้องกันแผลกดทับ
ด้านการรักษาพยาบาล	Safety IN- CAN ธงสีดูแลชีวิตชาวเบาหวาน	นำขวดพลาสติก เช่น ขวดนม ขวดแป้ง มาดัดแปลงเป็นที่ทิ้งเข็มฉีดยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานแทนการทิ้งในถังขยะ ธง 5 สี เป็นสัญลักษณ์แทนระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยในแต่ละระดับสี
ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย	กะลาลดอาการชาเท้า	ใช้กะลามะพร้าวมาปูทางเดินเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเดินสะดวกช่วยลดอาการชาบริเวณเท้า

3. ผลที่เกิดขึ้น

ผลที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี จำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.1 ผลที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มเป้าหมายของโครงการ ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณที่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการมีจำนวน 2 ข้อคือ ข้อ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานประจำครอบครัวมีความรู้ และทักษะที่ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และข้อ 2) อสม.เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 450 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ในขณะที่ข้อ 1) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีผลระดับน้ำตาลในเลือดผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 สูงกว่าก่อนดำเนินโครงการที่อยู่ที่ร้อยละ 41.1 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 60.0

3.2 ผลที่เกิดขึ้นต่อกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เมื่อประเมินผลเชิงคุณภาพโดยใช้

วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่า คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นอยู่ในปัจจุบันใน 3 ประเด็นหลักคือ

3.2.1 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมีเป้าหมายเป็นหนึ่งเดียวกัน อำเภอทพทันมีการกำหนดเป้าหมายการทำงานในระดับอำเภอให้เป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการบูรณาการความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานราชการ พร้อม ๆ กับการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในระดับตำบลและหมู่บ้านที่เอื้อให้เครือข่ายภาคประชาชนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีส่วนร่วมมากขึ้น

3.2.2 ใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรร่วมกัน อำเภอทพทันมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระดับพื้นที่ผสมผสานกับข้อมูลทุติยภูมิของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจึงทำให้ทราบถึงปัจจัยเชิงสาเหตุด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และด้านความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ รวมทั้งมีการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารดังกล่าวให้กับคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอได้รับรู้ และใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการ

วางแผนการจัดการทรัพยากรบุคคลงบประมาณ และชุดความรู้ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3.2.3 เน้นการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันทันที่เน้นการมีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผลที่เกิดขึ้น และการสะท้อนกลับเพื่อจัดการความรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดวัฒนธรรมการทำงานแบบใหม่ที่มีความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารและหลักการทางวิชาการที่ผสมผสานเข้ากับบทเรียนที่ได้ปฏิบัติจริง ซึ่งนอกจากจะสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนได้แล้วยังทำให้คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันทัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายภาคประชาชนได้รับการเสริมพลังอำนาจทั้งจากการเข้ารับการอบรมการพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน และเครือข่ายที่มหาวิทยาลัยนเรศวรจัดขึ้น และการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงานจนเกิดความรู้สึกเท่าเทียมและรับรู้ถึงคุณค่าในชุดความรู้และประสบการณ์ของตนเองและเพื่อนร่วมงานจนเกิดเป็นความผูกพันและความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอำเภอทพทันทัน จังหวัดอุทัยธานี ที่ได้จากการถอดบทเรียนครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนา กระบวนการพัฒนา และผลที่เกิดขึ้น โดยสามารถสรุปผลและอภิปรายในแต่ละส่วนได้ดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพ นอกจากจะพิจารณาตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้แล้ว⁽¹⁾ ยังต้องให้ความสำคัญกับการกำหนดเข็มมุ่งในการปรับปรุงและพัฒนาปัจจัยพื้นฐานในการทำงานระบบสุขภาพอำเภอและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคณะทำงานสุขภาพอำเภอทพทันทันให้ความสำคัญเร่งด่วนกับ 3 ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ 1) คณะทำงานและการบริหาร

จัดการที่เน้นโครงสร้างการบริหารงานในระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นประธานเพราะมีศักยภาพในการเชื้อเชิญและเชื่อมโยงทั้งเชิงนโยบายและพันธกิจให้หน่วยงานภาครัฐและเครือข่ายประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง 2) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพและพัฒนาให้เป็นฐานข้อมูลกลางเพื่อให้ทุกองค์กรในอำเภอใช้ร่วมกัน และ 3) การพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในด้านภาวะผู้นำและเทคนิคการแก้ไขปัญหาในชุมชน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานทั้ง 3 ส่วนเป็นกุญแจสำคัญในกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอสอดคล้องกับปัจจัยการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ประสบความสำเร็จในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านกลไกการจัดการและประสานการทำงานร่วมกันขององค์กรหลักในชุมชน ปัจจัยด้านการพัฒนาศักยภาพองค์กรและบุคคลในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์สุขภาพในระดับชุมชน^(7,8)

2. กระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ อำเภอทพทันทัน ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ของ Kemmis และ McTaggart⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นวางแผน ขั้นลงมือปฏิบัติ ขั้นสังเกตผล และขั้นสะท้อนกลับเพื่อจัดการความรู้ ขับเคลื่อนวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 รอบ รอบละ 2 เดือน โดยวางแผนและลงมือปฏิบัติไปพร้อมๆ กับการสังเกตผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผลสำเร็จ และสะท้อนกลับผลการสังเกตเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรอบวงจรถัดไป รวมทั้งมีการจัดการความรู้และพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางสังคมเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายบริการสุขภาพในอำเภอ ในการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรสร้างความรู้ในครั้งนี้ให้สอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิและคณะ⁽⁹⁾ ที่ยืนยันว่ารูปแบบการวิจัยดังกล่าวสามารถสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนเกิดการไตร่ตรองสะท้อน

คิดและเกิดเป็นปัญหาจากการปฏิบัติจริงซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหของชุมชนที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒน นันทะเสน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อให้เกิดเอกภาพและมีประสิทธิภาพนั้นควรมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ร่วมเสนอแนวทางแก้ไข ลงมือปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ประเมินผลและนำไปสู่การจัดการความรู้จนกลายเป็นชุดความรู้ที่ทุกคนเป็นเจ้าของร่วมกัน

3. ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ภายหลังจากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมอำเภอทพทัน ทำให้เกิดผลใน 2 ระดับ คือ 1) ผลต่อกลุ่มเป้าหมายของโครงการคือทำให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานประจำครอบครัวที่มีศักยภาพและมี อสม.เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงกว่าก่อนดำเนินโครงการ และ 2) ผลที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพอำเภอทพทัน คือทำให้คณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทพทันที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนมีความพึงพอใจต่อแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในปัจจุบันใน 3 ประเด็นคือทำให้มีเป้าหมายเป็นหนึ่งเดียวกัน มีการใช้ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาอำเภอร่วมกันมากขึ้น และเน้นการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวราภรณ์ บุญเชียง และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าการพัฒนาสุขภาพของชุมชนทำให้ชุมชนสามารถร่วมสร้างสรค์นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิมล กมฺพชาติ⁽¹¹⁾ ที่ประยุกต์วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบบริหารจัดการตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วพบว่าภายหลังการ

ดำเนินงานสามารถทำให้คณะทำงานและเครือข่ายภาคประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ มีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานในการทำงาน ระบบสุขภาพอำเภอได้แก่ คณะทำงานและการบริหารจัดการการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานในด้านภาวะผู้นำ และเทคนิคการแก้ไขปัญหาในชุมชน รวมทั้งควรมีบทบาทร่วมรับผิดชอบในการวางแผนแก้ไขปัญหาดและระดมสรรพกำลังทั้งจากภายในระดับอำเภอและเครือข่ายภายนอกให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ให้มีความพร้อมและมีศักยภาพในการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพราะนอกจากจะสามารถกระตุ้นให้คณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตั้งแต่การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตผลที่เกิดขึ้น และการสะท้อนกลับเพื่อจัดการความรู้ร่วมกันแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและตัดสินใจแก้ไขปัญหาดสาธารณสุข และกระตุ้นให้เกิดการประเมินผลแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

3. หน่วยงานที่รับผิดชอบในระดับนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตบริการสุขภาพ ควรเร่งสนับสนุนความรู้และเทคโนโลยีเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการให้กับคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ รวมทั้งควรมีการพัฒนาแบบติดตามและประเมินผลให้ครอบคลุมทั้งด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ และด้านกระบวนการในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่ อำเภอสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการ 24 DHS) โดยการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยนเรศวร และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health System (DHS). นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, วินัย สีสมิติ, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, ลีริณฏ นภาพร, เกษม เวชสุธานนท์ และคณะ. สถานการณ์ศักยภาพและความพร้อมของไตรภาคีในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ 12 ตำบล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
4. Stanhope M, Lancaster J. Community and public health nursing. 6th ed. St. Louis: The C.V. Mosby; 2004.
5. Cohen M, Kahn D, Steves R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse researchers. Thousand Oaks, California: Sage; 2000.
6. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory action research. In: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln, Editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed, Thousand Oaks, CA: Sage; 2000: p. 567-605.

7. วราภรณ์ บุญเชียง, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา. การถอดบทเรียนชุดนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน: กรณีศึกษา ต.สารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่: วารสารพยาบาลสาร 2556; 40: 138-44.
8. นงเยาว์ อุดมวงศ์, พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, พนิดา จันทรโสภีพันธ์, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์, จินดารัตน์ ชัยอาจ, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อและคณะ. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ตำบลชมภู อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาร 2555; 39: 97-106.
9. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบทของจังหวัดพิจิตรด้วยชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้. วารสารพยาบาลและสุขภาพ 2558; 9(1): 147-61.
10. วัฒนา นันทะเสน. การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558; 7(30): 105-13.
11. นิยมล กมฺุทชาติ. รูปแบบการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2557.

ผลของหนังสั้นเพื่อป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Effect of short movie for smoking prevention behavior among junior high school

กัญจนกร พันสาย วท.ม.(การสร้างเสริมสุขภาพ)

Kunjanagorn Punsai M.Sc. (Health Promotion)

ยุวดี รอดจากภัย ส.ด.

Yuvadee Rodjarkpai Dr.P.H.

ไพบุณย์ พงษ์แสงพันธ์ ป.ด

Paiboon Pongsangpun Ph.D.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Faculty of Public Health, Burapha University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของหนังสั้นเพื่อป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 โรงเรียน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมชมหนังสั้น 1 เรื่องความยาวประมาณ 15 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้สร้างหนังสั้นขึ้นเองใหม่ทั้งหมด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามปกติและเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมชมหนังสั้น ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบผลของโปรแกรมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานได้แก่ Independent Sample, t-test และ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลของการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันการสูบหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และหลังทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนรวมด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านพฤติกรรมป้องกันการสูบหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และผลต่างคะแนนรวมหลังทดลองด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: หนังสั้น พฤติกรรมกาสูบหรี่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This research is a Quasi experimental the objective was to study the effect of short movie for smoking prevention behavior among junior high school. The samples of two students at the three schools. The sample was randomization by multi-stage method. Divided into an comparison and control group. The experimental group participated in a program to watch a short movie about a length of about 15 minutes once a week, four weeks. In short movie, the researchers created an entirely new, and collect data form questionnaires. The comparison group has been teaching as usual and between groups of experimental and control group comparing program results.

The trial of the experimental and the comparison group. The data were analyzed by paired sample t-test, and use descriptive statistics; percentage, mean and standard deviation. An inferential statistics, including independent sample t-test and paired sample t-test at significance level of 0.05. The results showed that the experimental group health belief score, and behavioral aspects of smoking score were baseline with statistically significant (p -value<0.05) compare of experimental group. The average score on the efficacy of self-defense score, were not significantly different. and the experimental groups with a total score of the health belief score, behavioral aspects of smoking score. were higher than the control group with statistically significant (p -value<0.05) and the difference between the total score the efficacy of self-defense score of the two group were not significantly different.

Keywords: short movie, smoking prevention, junior high school students

บทนำ

ในปัจจุบันอัตราการสูบบุหรี่เริ่มพบได้ตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่น นักเรียนและนักศึกษา ซึ่งพบสถิติได้ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป และยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งกลุ่มระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีอัตราการสูบบุหรี่ ปัจจุบันสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยอัตราการสูบบุหรี่ทั่วโลกในปัจจุบันพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากกว่า 1,600 ล้านคน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้สูบบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น 1 เท่า โดยมีจำนวนสูงถึง 2,300 ล้านคน คาดว่า บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร 100 ล้านคน ในศตวรรษที่ 20 และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 ล้านคนในศตวรรษนี้ สถิติจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า หากแนวโน้มคนสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นไม่ได้รับการควบคุมต่อไปยอดผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนในปี พ.ศ.2573⁽¹⁾ นอกจากนี้จำนวนและอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปจำนวน 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายร้อยละ 40.5 เพศหญิงร้อยละ 2.2 อัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่า ปัจจุบันปัญหาดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญตระหนักในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียนให้มากขึ้นเพื่อป้องกัน

การเกิดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ตามมาได้ในสังคม⁽¹⁾

จากการสำรวจข้อมูลของโรงเรียนในสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐานอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีจำนวน 10 โรงเรียน พบว่าทุกโรงเรียนมีนโยบายให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ในสถานศึกษา ดังนั้นเพื่อเป็นการดำเนินนโยบายการสร้างโรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญ และจัดรูปแบบโรงเรียนต้นแบบในการปลอดบุหรี่ให้มีรูปธรรมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการสร้างโปรแกรมหนังสือที่มีรายละเอียดเชื่อมโยงกับเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องราวแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้เด็กนักเรียนมีแนวทางป้องกันการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และหนังสือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง เพื่อช่วยกระตุ้นความสนใจของกลุ่มนักเรียนผ่านหนังสือให้เท่าทันยุคสังคมออนไลน์ สร้างการเรียนรู้รูปแบบใหม่ผ่านสื่อหนังสือเพื่อให้เด็กนักเรียนมีแหล่งค้นคว้าเกิดการเรียนรู้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงสร้างหนังสือขึ้นมาใหม่เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนได้มีช่องทางในการเรียนรู้ผ่านหนังสือเพื่อให้นักเรียนได้ใช้จินตนาการอย่างสร้างสรรค์เกี่ยวกับความรู้ที่ป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยหนังสือมีความยาว 15 นาที เพื่อช่วยเป็นเครื่องมือใหม่ๆ เสริมการเรียนรู้ในชั้นเรียนได้อีกรูปแบบหนึ่งของการศึกษาในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรม

ป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เป็นการศึกษาผลของหนังสือเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี โดยมีระยะเวลา 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test-Post test Two Group Design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 ของโรงเรียนในสังกัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. นักเรียนเพศชายและเพศหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558

2. นักเรียนอยู่ห้องเดียวกัน

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยออก

1. นักเรียนไม่สนใจเข้าร่วมวิจัย

2. นักเรียนย้ายโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เพื่อให้ได้

กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเลือกมา 2 โรงเรียน โดยใช้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นพื้นที่ต่างเขตที่อยู่ห่างกัน เพื่อลดโอกาสที่ทั้งสองกลุ่มแลกเปลี่ยนกันและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากโรงเรียนโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ทำการเลือกจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีประมาณ 250 คน
หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{d^2}$$

n คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง α คือระดับนัยสำคัญ (Type I Error) กำหนดให้ที่ 0.05 β คือความเชื่อถือได้ (Type II error) กำหนดให้ที่ 95% $Z\alpha$ คือคะแนนมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 มีค่า 1.96 $Z\beta$ คือคะแนนมาตรฐานที่ 95% มีค่า 1.64

d คือผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ σ คือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสำหรับค่า d และ σ ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ⁽²⁾ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เท่ากับ 23.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.6) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ เท่ากับ 18.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.7) จากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{2\sigma^2(Z\alpha + Z\beta)^2}{d^2} \\ &= \frac{2\left(\frac{3.6+5.7}{2}\right)^2(1.96+1.64)^2}{(23.33-18.96)^2} \\ &= 29.35 \\ &= 30 \end{aligned}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มละในครั้งนี้นี้คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คนผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มตัวอย่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรีที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีจำนวน 10 โรงเรียน ขั้นตอนที่ 2 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีจำนวน 10 โรงเรียน จับฉลาก 1 โรงเรียน เป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และ 1 โรงเรียนทดสอบเครื่องมือขั้นตอนที่ 3 ในโรงเรียนมีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีอยู่ 4 ห้องเรียน จับฉลากเลือก 1 ห้องเรียนเป็นกลุ่มทดลองและ 1 ห้องเรียนเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ทบทวนจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบ่งออกเป็นข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองสถานภาพสมรสของบิดามารดาอาชีพของบิดามารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ เป็นคำถามแบบเติมคำตอบมีจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่จำนวน 5 ข้อการรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่จำนวน 7 ข้อ และบทหนึ่งสั้นที่ผู้วิจัยได้เขียนขึ้นมาเพื่อให้เนื้อเรื่องสอดคล้องไปกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองรวมทั้งบทของนักแสดงนั้นได้มีเนื้อหาที่ถ่ายทอดถึงพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยโดยหนึ่งสั้นมี 1 เรื่องความยาวประมาณ 15 นาที ซึ่งหนึ่งสั้นได้มีการทดสอบสื่อกับผู้เชี่ยวชาญด้านหนึ่งสั้นเพื่อส่งเสริมสังคมจำนวน 1 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลงานหนึ่งสั้นที่เสร็จ

สมบูรณ์แล้วไปทดสอบกับผู้เชี่ยวชาญก่อนแล้วนำกลับมาแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทุกขั้นตอนอย่างสมบูรณ์ แล้วจึงนำหนึ่งสั้นไปประเมินกับกลุ่มตัวอย่างโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.70 ในทุกส่วน

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพาเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 สัปดาห์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านเวลาทำให้ผู้วิจัยใช้เวลาพักของกลุ่มทดลองในการจัดโปรแกรมชมหนึ่งสั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดการจัดโปรแกรมชมหนึ่งสั้นทั้งหมด 4 ครั้งซึ่งมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลารวม 40 นาที โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากแบบสอบถาม และจัดโปรแกรมให้นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับชมหนึ่งสั้นครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลารวม 30 นาทีโดยผู้วิจัยจัดโปรแกรมให้นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับชมหนึ่งสั้นครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลารวม 30 นาที โดยผู้วิจัยจัดโปรแกรมให้นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับชมหนึ่งสั้นครั้งที่ 3

สัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลารวม 40 นาทีโดยผู้วิจัยจัดโปรแกรมให้นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับชมหนึ่งสั้นครั้งที่ 4

สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลองจากแบบสอบถามชุดเดิม

กลุ่มเปรียบเทียบ มีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ในระหว่าง เวลา 12.00-12.40 น.

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองระหว่างนักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับนักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบ
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยชี้แจงนัดหมายกับนักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) นักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการเรียนการสอนตามปกติ

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) นักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการเรียนการสอนตามปกติ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรม ดังนี้ ในระหว่างเวลา 12.00-12.40 น.

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายนักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองจากแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม
4. ผู้วิจัยกล่าวปิดโปรแกรมและกล่าวขอบคุณนักเรียนกลุ่มทดลอง คณะครู และผู้บริหารโรงเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือสถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คนมีเพศชาย 12 คน

ร้อยละ 40.0 และเพศหญิง 18 คน ร้อยละ 60.0 อายุ 15 ปี 20 คน ร้อยละ 66.7 อาศัยอยู่กับบิดามารดา 21 คน ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่สมาชิกภายในครอบครัวมี 4-5 คน 21 คน ร้อยละ 70.0 สถานภาพสมรสในปัจจุบันของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน 21 คน ร้อยละ 70.0 ปัจจุบันบิดาของนักเรียนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 19 คน ร้อยละ 63.3 ปัจจุบันมารดาของนักเรียนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 15 คน ร้อยละ 50.0 นักเรียนได้รับค่าใช้จายจากผู้ปกครองวันละ 50-100 บาท 27 คน ร้อยละ 90.0 นักเรียนได้รับรายได้เพียงพอ 30 คน ร้อยละ 100 ในครอบครัวของนักเรียนมีผู้สูบบุหรี่ 11 คน ร้อยละ 36.7 บุคคลที่สูบบุหรี่ในครอบครัวคือบิดาจำนวน 8 คน ร้อยละ 26.7 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันผูกพันรักใคร่กันดี 25 คน ร้อยละ 83.3 นักเรียนคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ 27 คน ร้อยละ 90.0 และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย 18 คน ร้อยละ 60.0 ประวัติการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่เคยสูบ 30 คน ร้อยละ 100 และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน พบว่ามีเพศชาย 10 คน ร้อยละ 33.3 และเพศหญิง 20 คน ร้อยละ 66.7 อายุ 15 ปี 18 คน ร้อยละ 60.0 อาศัยอยู่กับบิดามารดา 13 คน ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่สมาชิกภายในครอบครัวมี 4-5 คน 18 คน ร้อยละ 60.0 สถานภาพสมรสในปัจจุบันของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน 16 คน ร้อยละ 53.3 ปัจจุบันบิดาของนักเรียนประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17 คน ร้อยละ 54.8 ปัจจุบันมารดาของนักเรียนประกอบอาชีพค้าขาย 14 คน ร้อยละ 46.7 นักเรียนได้รับค่าใช้จายจากผู้ปกครองวันละ 50-100 บาท 28 คน ร้อยละ 93.3 นักเรียนได้รับรายได้เพียงพอ 29 คน ร้อยละ 96.7 ในครอบครัวของนักเรียน มีผู้สูบบุหรี่ 12 คน ร้อยละ 40.0 บุคคลที่สูบบุหรี่ในครอบครัวคือบิดาจำนวน 10 คน ร้อยละ 33.3 ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันผูกพันรักใคร่กันดี 11 คน ร้อยละ 36.7 และมีทะเลาะกันบ้างบางครั้ง 17 คน ร้อยละ 56.7 นักเรียนคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย 22 คน ร้อยละ 73.3 และนักเรียนคิดว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ 22 คน ร้อยละ 73.3 ประวัติการสูบบุหรี่ของนักเรียนไม่เคยสูบ 30 คน ร้อยละ 100.0

เปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในแต่ละด้านเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อน

และหลังการทดลองในภาพรวม พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 74.26 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 76.66 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหลังการทดลองดังตารางที่ 1

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 23.36 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 23.90 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	95% CI	t	p-value
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	22.31	2.10	-0.84 -0.87	0.039	0.969
หลังทดลอง	22.30	1.97			
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	21.45	2.52	0.00 -1.96	2.00	0.049 *
หลังทดลอง	20.46	2.31			
การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	13.95	1.18	-0.06 -0.76	1.69	0.096
หลังทดลอง	13.60	1.35			
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	17.83	1.52	-0.48 -0.61	0.24	0.810
หลังทดลอง	17.76	1.57			
สรุป					
ก่อนทดลอง	74.26	4.98	-4.76 -0.35	-2.07	0.004*
หลังทดลอง	76.66	3.35			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	SD	95 %CI	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนทดลอง	23.36	1.71	-1.32- - 0.25	-1.38	0.18
หลังทดลอง	23.90	1.42			

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ 8.60 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.30 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่	$\bar{X}$	SD	95 %CI	t	p-value
พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่					
ก่อนทดลอง	8.60	1.06	-1.163--0.23	-3.10	0.004*
หลังทดลอง	9.30	0.53			

$p < 0.05^*$

เปรียบเทียบผลของโปรแกรมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 5.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.02 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.63 (3.89-11.37) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	n	d	SD _d	Mean difference	95 %CI	t	p-value
ก่อนทดลองและหลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	2.40	6.33	7.63	3.89- 11.37	4.89	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	-5.23	8.02				

$p < 0.05^*$

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 0.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.11 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.40 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	n	d	SD _d	Mean difference	95 %CI	t	p-value
ก่อนทดลองและหลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	0.53	2.11	1.13	-0.03 - 2.30	1.94	0.06
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	-0.60	2.40				

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง 0.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลง 0.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.70 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.76 (-0.00-1.53) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่	n	d	SD _d	Mean difference	95 %CI	t	p-value
ก่อนทดลองและหลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	0.70	1.23				
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	-0.06	1.70	0.76	-0.00 - 1.53	1.99	0.05*

$p < 0.05^*$

การอภิปรายผล

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมหนังสือเพื่อป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่มีผลทำให้

นักเรียนได้เรียนรู้และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองตามแนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และคณะ⁽³⁾ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ⁽²⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นโปรแกรม

สร้างจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่ม ทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องในกลุ่ม ทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับงานวิจัยของประสิทธิ์ กมลพรมงคล⁽⁴⁾ ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้พลัง อำนาจ มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ามี คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและ หลังทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าให้เกิด การรับรู้ขึ้นและมีความแตกต่างกันในแต่ละด้านจาก พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แต่ละบุคคลได้เรียนรู้มา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเองจากส่วน ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีว่าด้วยความคาดหวังใน ผลลัพธ์มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของ บุคคลนั้น ๆ เพราะแต่ละบุคคลจะมองผลที่เกิดขึ้นมาจาก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่ามีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผลของ โปรแกรมหนังสือเพื่อป้องกันการพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดย เฉพาะพฤติกรรมที่นักเรียนป้องกันการสูบบุหรี่ได้ดีคือ เมื่อนักเรียนมีปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สบายใจนักเรียนจะ ปรีกษาพ่อแม่และคนในครอบครัวและคุณครูทันทีโดยจะ ไม่แก้ปัญหาด้วยการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และนักเรียน จะตั้งใจเรียนหนังสือโดยไม่คิดอยากลองสูบบุหรี่ถึงแม้จะ มีเพื่อนมาชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ก็ตาม และการที่

นักเรียนมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นจาก ก่อนทดลองน่าจะเป็นผลมาจากนักเรียนเกิดกระบวนการ คิดและการเรียนรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่จาก ผลของโปรแกรมหนังสือเพื่อป้องกันการพฤติกรรมการสู บุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุไรรัตน์ อันทะระบุตร⁽⁵⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ในวัยรุ่นตามทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม ผลการ วิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการ รับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสู บุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การ รับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสู บุหรี่และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อิตารัตน์ ผลเต็ม⁽⁶⁾ ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ การเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรี ยนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าหลังการ ทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยความ แตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะชีวิต ด้านความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนและความเห็นใจ ผู้อื่น ทักษะชีวิตด้านความภูมิใจตนเองและความรับผิดชอบ ต่อสังคม ทักษะชีวิตด้านการสื่อสารและการสร้าง สัมพันธภาพทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และความตั้งใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่า ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและทักษะชีวิตด้านการจัดการอารมณ์และ ความเครียดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบ เทียบในทุกๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมชมหนังสือเพื่อป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมชมหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยในด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดวันติดตามผลของกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามผลของโปรแกรมให้ต่อเนื่องโดยเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมให้เหมาะสมและควรมีการติดตามกลุ่มเปรียบเทียบร่วมด้วยเพื่อให้การวิจัยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณอำนวยวิชัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม; 2558.
- ศิริธิดา ศรีพิทักษ์, ยุคนธ์ เมืองช้าง, จารุวรรณ สอนงญาติ, ลักขณา ศิริธิกุล, สินีพร ยืนยง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2553; 23(1):38-52.
- Becker MH. The health beliefs model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack; 1994.
- ประสิทธิ์ กมลพรมงคล. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
- จุไรรัตน์ อันทรบุดร. ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตามทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม [ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- ธิดารัตน์ ผลเต็ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.