



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

- ❖ แรงจูงใจของเภสัชกรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
- ❖ ตัวแบบทำนายประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
- ❖ รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบลตำบลคำพี่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
- ❖ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์
- ❖ พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม
- ❖ พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
- ❖ การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัยและผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการวิจัยของสมาชิกเครือข่ายและผู้สนใจ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา

ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์
แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา
นางชนันท์ วิริยวิภาต
ดร.เกษร แฉวโนนจัว

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

บรรณาธิการ

ดร.ติมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดการ

นางสาวปวีณา จังภูเขียว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวชุดิมา วัชรกุล
นายกองแก้ว ยะอุป
นายทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย
นางสิรินทร์ทิพย์ อุดมวงศ์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร
รศ.ดร. เลิศชัย เจริญธัญรักษ์
รศ.ดร. ดาวิวรรณ เศรษฐธรรม
รศ.ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์
ผศ.ดร.พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ
ผศ.ดร. จิราพร เขียวอยู่
ดร.ชาลชัยณรงค์ ทรงคาศรี
นางสาวกั้งสดาล สุวรรณรงค์
ดร. เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์
ดร. วาสนา สอนเพ็ง
ดร. บุญทนากร พรหมภักดี
ดร. กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์
นางสาวจมาภรณ์ ใจภักดี
นางสาวแพรพรรณ ภูริบัญชา

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

พิธีพิมพ์อักษร

นางพิไลลักษณ์ พลพิลา
นางสาวจาพรณ์ ชุมพล
นางสาวณัฐดา สอนไผ่

นางสาวกมลทิพย์ กลุณารักษ์
นางสาวสมาลี จันทลักษณ์
นางสาวมยุรา สีสาร
นางสาววิสาชา ปัญญาไส

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายธีระพงษ์ สิงห์โตหิน

นายทวี อารยะสุขวัฒน์

นายสุบรรณ ปฏิสุทธิ

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นางสาววิสาชา ปัญญาไส
นางสุภาพร เกื้อกลาง
นายอภิศักดิ์ ช่วยนา

นางสาวณัฐดา สอนไผ่
นางศรีสวัสดิ์ แสงวิสัย
นางนิศรา เกิดเรณู

นางกุลชล สกุนี
นายธงชัย เหลาสา

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ฉบับ 2/2558 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2558) นี้ เป็นฉบับส่งท้ายปี 2558 ซึ่งในฉบับนี้ดิฉันมีเรื่องยินดีที่จะเรียนให้ท่านผู้อ่านทราบว่าวารสารของเราได้รับการประเมินจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-journal Citation index Center) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 และในปี 2557 มีค่า Impact factors = 0.207 ถือว่าเป็นอีกก้าวของการพัฒนาวารสารของเรา

สำหรับในเล่มนี้มีผลงานวิชาการที่น่าสนใจอยากเชิญชวนให้ท่านผู้อ่านได้หาความรู้และเลือกอ่านได้ตามความสนใจเช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอลำโรงท่า จังหวัดสุรินทร์ และอื่น ๆ อีกหลายเรื่องขอเชิญชวนทุกท่านได้เปิดอ่านรายละเอียดในเล่มได้เลยค่ะ นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <http://odpc7.ddc.moph.go.th>

ดิฉันขอเรียนให้ท่านผู้อ่านทราบอีกประการหนึ่งว่าในปี 2559 วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น จะเปลี่ยนชื่อเป็นวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น และจะมีบรรณาธิการท่านอื่นมาทำหน้าที่แทนดิฉันซึ่งหมดวาระลง แต่อย่างไรก็ตามวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยังคงทำหน้าที่เป็นสื่อกลางและเป็นเวทีในการเผยแพร่งานวิชาการด้านสาธารณสุข และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่อไป และในโอกาสวาระดีขึ้นปีใหม่นี้ดิฉันขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือโปรดดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวจงพบแต่ความสุข ความเจริญ สุขภาพกายใจแข็งแรง สมหวังในสิ่งที่ปรารถนาตลอดไปค่ะ

ดร. คิมลักษ์ณ์ ดิธีสวัสดิ์เวทย์

บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. รศ.นพ.สุมิตร สุตรา | 6. ผศ.ดร.สุชาดา ภัยหลีกส์ |
| 2. รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวางกุล | 7. ดร.นพดล พิมพจันทร์ |
| 3. ดร.เกษร แถวโนนจัว | 8. ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ |
| 4. น.ส.จมาภรณ์ ใจภักดี | 12. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์ |
| 5. รศ.ดร.สมจิตร แดนสีแก้ว | 13. รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-มิ.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน ก.ค.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน ก.ค.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 3 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้น ๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 3 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนั้นบทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	เดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ 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/liji.html การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้ 3.1 วารสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย	วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้
วิธีและวิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์	3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ 1. วิทยา สวัสดิ์วุฒิจันทร์, พัชรีย์ เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ณวิวรรณ เขวากิจดิษฐ์, ยุติ ตาพิทย. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.
ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้	2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro cytochrome P-450 processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย	3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์ 1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป	3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ 1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข

3.1.4 บทความในฉบับแทรก
1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

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 ทัศนภารณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

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

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 6 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์
ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น หรือของ
กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความ
ของตน



การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Menu scrip ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัดมีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ 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 เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุ แหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการ เจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่าการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร 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 เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิเคราะห์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรค ลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลบรรยายตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น 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. เอกสารอัดสำเนา. ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2532.
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2543.

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 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 ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม..... อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 Volume 22 No.2 July - December 2015

สารบัญ

- ❖ แรงจูงใจของเภสัชกรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ
ชนะพล ศรีฤชา, ณัฐริมา ต่อศรี 1
- ❖ โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
พิพัฒน์พล พินิจดี, จุฬารัตน์ โสตะ 11
- ❖ ตัวแบบทำนายประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6
จังหวัดขอนแก่น
ปิยธิดา ภูดาไชย, จิราพร เขียวอยู่ 21
- ❖ รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล
ตำบลคำพี่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
ประเสริฐ ไทหาโคตร 36
- ❖ การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรอง
ตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด
นรินทร์ เสียงเลิศ 50
- ❖ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์
ลิขิต กิจขุนทด, วรพจน์ พรหมสัถยพรต, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ 63
- ❖ พฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น
และตำบลโพจาน อำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม
จุริรา ดุริยศาสตร์, ณิตชาธร ภาโนมัย, สรรเพชร อังกิตระกูล, วิติมา นุศรวางศ์ 75
- ❖ พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการ
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
วิชุดา สมจิตร, ณิตชาธร ภาโนมัย 85
- ❖ การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
ชูลีลักษณ์ หนูเสน 106
- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัธรัตน์ แดงหาญ 117

แรงจูงใจของเภสัชกรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

Motivation affecting the service system quality development
towards hospital accreditation of the pharmacists at community
hospitals in Chaiyaphum province

ชนะพล ศรีฤาชา ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)* Chanaphol Sriruecha Ph.D. (Medical and Social Science)*

ณัฐธิมา ต่อศรี ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)** Nattima Torsri M.P.H. (Public Health Administration)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Faculty of Public Health, Khon Kaen University

**โรงพยาบาลบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ

**Ban Kwao Hospital, Chaiyaphum Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจของเภสัชกรที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ประชากรที่ศึกษาคือเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 31.5 ปี สถานภาพสมรสโสด รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 30,526.50 บาท ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้วเฉลี่ย 7.3 ปี แรงจูงใจของเภสัชกรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก การดำเนินการของเภสัชกรเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการของฝ่ายเภสัชกรรมอยู่ในระดับมากเช่นกัน แรงจูงใจของเภสัชกรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ($r = 0.765$, $p \text{ value} < .001$) โดยปัจจัยด้านความรับผิดชอบและด้านการยอมรับนับถือ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการของฝ่ายเภสัชกรรม ($r = 0.771$, และ $r = 0.716$, $p \text{ value} < .001$ ตามลำดับ) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยด้านความรับผิดชอบ และการบริหาร สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการของฝ่ายเภสัชกรรมได้ร้อยละ 65.9

คำสำคัญ: แรงจูงใจ การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน เภสัชกร

Abstract

This cross-sectional descriptive research was aimed to explore the relationship of the motivation of the pharmacists and their performance on the service system quality development towards hospital accreditation in community hospitals in Chaiyaphum province. The study used the questionnaire as a tool, covered the population of 60 pharmacists working at community hospitals. Data, collected in December 2011, was analyzed by using the computer program for descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation coefficients and step-wised multiple Regression. The results found that majority of the pharmacists was female with average age of 31.5 years,

single, monthly income of 30,526.50 Baht and had 7.3 years of working experience at community hospital. Their motivation was found at high level. Also, their performance on the service system quality development gearing towards hospital accreditation at pharmacy unit was found at high level. The pharmacists' motivation had positively strong relationship with the performance ($r = 0.765$, p value $< .001$). The responsibility variable and the acceptance variable, moreover, had positively strong relationship with the performance ($r = 0.771$, $r = 0.716$, p value $< .001$, respectively). The responsibility variable together with the supportive policy and management variable could predict their performance for 65.9%.

Keywords: Motivation, Community Hospital Accreditation, Pharmacists

บทนำ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยมีโครงการนำร่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2540 มีโรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่อง 35 แห่ง⁽¹⁾ โดยมุ่งให้การบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐานเพื่อผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญมากกว่าการได้รับการรับรองมาตรฐาน ซึ่งกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาปรับปรุงระบบการทำงาน และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีพลังและส่วนร่วมในการดำเนินงาน⁽¹⁾ และมีการทำงานเป็น ทีมในการดำเนินการต่าง ๆ และมีการประเมินคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก เพื่อให้การรับรองอีกด้วย

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปลายสุดที่มีแพทย์อยู่ปฏิบัติงานประจำ โดยมีกิจกรรมการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตั้งแต่ระดับสาธารณสุขมูลฐาน จนถึงการให้บริการระดับทุติยภูมิ ในอนาคตโรงพยาบาลชุมชนยังจะทำหน้าที่สถานบริการในชุมชนที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนในพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จ และผสมผสานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้เป็นไปตามที่กระทรวงกำหนด นั่นคือต้องมีการนำระบบการพัฒนา

และรับรองคุณภาพมาใช้กับทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลทั้งหมดเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมต่อไป

ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลมีความสำคัญในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน จึงต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการทั้งในด้านพฤติกรรมในการให้บริการ คุณภาพของระบบยาที่มีความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของอนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ⁽²⁾ ในโครงการวิจัยการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโดยการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพเรื่องการบริหารองค์การแบบองค์รวม (Quality Management or Continuous Quality Improvement: TQM/CQI) มาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพ มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการนำร่อง 8 แห่งพบว่ามีปัญหาอุปสรรคสำคัญด้านบุคลากร เช่น การขาดความร่วมมือทั่วทั้งองค์กร การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทำให้งานพัฒนาหยุดชะงัก ขาดการกระตุ้นให้บุคลากรมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และบุคลากรมีภาระงานมาก ขาดความกระตือรือร้นและเต็มใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งล้วนแต่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของบุคลากรเป็นอย่างมาก

เฮอร์ทซ์เบิร์ก และ คณะ⁽³⁾ กล่าวว่า ความพอใจและความไม่พอใจในงานของตนเองมาจากปัจจัย 2 ประเภท คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ประกอบด้วย

ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัย คำจุน (Hygiene factors) ซึ่งประกอบด้วย เงินเดือนที่ได้รับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สภาพการทำงาน สถานภาพ วิชาชีพ ความมั่นคงในงาน ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มี ผลการศึกษาวิจัยหลายชิ้นพบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานโครงการ ต่าง ๆ ในงานสาธารณสุขด้วยเช่นกัน⁽⁴⁻⁶⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจของเภสัชกรที่มี ผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดชัยภูมิซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชนทั้งสิ้น 14 แห่ง ผ่าน การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแล้ว 2 แห่ง และเตรียม เข้าสู่กระบวนการเพื่อรับการประเมินและคุณภาพอีก 3 แห่งในปี 2554 ซึ่งการวิจัยนี้จะได้ออกผลการศึกษาที่เป็น ประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาระดับแรงจูงใจของเภสัชกร และระดับ การปฏิบัติงานของเภสัชกรในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อ แรงจูงใจกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง 1-31 ธันวาคม 2554 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิทั้ง 14 แห่ง จำนวน 60 คน ศึกษาในประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ เป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ระยะเวลา ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ลักษณะคำถามเป็น แบบคำถามปลายปิด ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ระดับแรงจูงใจของเภสัชกรในการปฏิบัติงาน ลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ และมี เกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทางของ Likert⁽⁷⁾ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการ ดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่าย เภสัชกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมิน ค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวทางของ Likert ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ทั้งนี้แบบสอบถามได้รับการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และความชัดเจนของสำนวนภาษา และตรวจ สอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ กับเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมี ลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา แล้วนำข้อมูลมา วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.99

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าไปขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การวิจัยในที่ประชุมประจำเดือนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน เพื่อขอความร่วมมือเภสัชกรในการ ตอบแบบสอบถาม และส่งกลับแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์ที่ผู้วิจัยติดแสตมป์ไว้ให้แล้ว พร้อมกับติดตาม การส่งกลับ

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแรงจูงใจกับการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) อายุเฉลี่ย 31.5 ปี (ระหว่าง 24-41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.9 ปี) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 30,526.50 บาท มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้วเฉลี่ย 7.3 ปี ซึ่งจะพบว่าเป็นบุคลากรที่อายุยังไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของเภสัชกรในจังหวัดชัยภูมิ

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	23.3
หญิง	46	76.7
อายุ (ปี)		
21-30	28	46.7
31-40	30	50.0
41-50	2	3.3
สถานภาพสมรส		
โสด	38	63.3
สมรส	22	36.7

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของเภสัชกรในจังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤ 20,000	9	15.0
20,001-30,000	30	50.0
30,001-40,000	13	21.7
40,001-50,000	8	13.3
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)		
1-5	27	45.0
6-10	15	25.0
11-15	15	25.0
16-20	1	1.7
21 ปีขึ้นไป	2	3.3

ในภาพรวมแล้ว เภสัชกรมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในฝ่ายเภสัชกรรมในระดับมาก ($\bar{X}=3.71$, S.D.=0.55) โดยพบว่ามีความตั้งใจทั้งด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X}=3.71$, S.D.=0.59, $\bar{X}=3.72$, S.D.=0.56 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าปัจจัยจูงใจที่อยู่ในระดับมาก 4 ด้านเรียงตามลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านลักษณะของงาน ($\bar{X}=4.02$, S.D.=0.61) ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.67) ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($\bar{X}=3.58$, S.D.=0.74) ด้านการยอมรับนับถือ ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.65) ส่วนด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเพียงด้านเดียว ($\bar{X}=3.47$, S.D.=0.76) ส่วนแรงจูงใจด้านปัจจัยค้ำจุน พบว่าอยู่ในระดับมาก 6 ด้าน เรียงตามค่าคะแนนระดับจากมากไปหาน้อย ประกอบด้วย ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ($\bar{X}=4.05$, S.D.=0.67) ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($\bar{X}=3.97$, S.D.=0.69) ด้านนโยบายและการบริหาร ($\bar{X}=3.86$, S.D.=0.73) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.71) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติ

งาน ($\bar{X}=3.66$, S.D.=0.84) และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($\bar{X}=3.55$, S.D.=0.56) ส่วนอีก 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.69) และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ($\bar{X}=3.35$, S.D.=0.70) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพิชิต แสนเสนา⁽⁸⁾ ญัฐพล มีพรหม⁽⁹⁾ และสุทัศน์ ดวงตะวงษ์⁽¹⁰⁾ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าปัจจัยจูงใจที่อยู่ในระดับมาก 4 ด้านเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านลักษณะของงาน ด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จในการทำงาน และด้านการยอมรับนับถือ ส่วนด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงจูงใจด้านปัจจัยค่าจ้าง พบว่าอยู่ในระดับมาก 6 ด้าน เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ส่วนอีก 2 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับแรงจูงใจของปัจจัยจูงใจของเภสัชกร

แรงจูงใจ	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
ปัจจัยจูงใจ			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	3.58	0.74	มาก
ด้านการยอมรับนับถือ	3.56	0.65	มาก
ด้านลักษณะงาน	4.02	0.61	มาก
ด้านความรับผิดชอบ	3.93	0.67	มาก
ด้านความก้าวหน้าในงาน	3.47	0.76	ปานกลาง
ภาพรวม	3.71	0.59	มาก

ในด้านการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โดยภาพรวมพบว่าการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X}=3.57$, S.D.=0.78) โดยพบว่า การดำเนินการด้านที่อยู่ในระดับมาก มี 2 ด้าน คือ การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา ($\bar{X}=3.84$, S.D.=0.67) และการวางแผน และการจัดการ ($\bar{X}=3.42$, S.D.=0.91) และพบว่าการปฏิบัติในระดับปานกลาง 2 ด้านคือ ด้านการเก็บสำรองยา และด้านการส่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.88 และ $\bar{X}=3.49$ S.D.=0.91) ดังตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจของเภสัชกรต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า แรงจูงใจในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.765$, $p\text{-value}<.001$) และพบว่าเฉพาะปัจจัยจูงใจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ ในระดับสูง ($r=.765$, $p\text{-value}<.001$) ส่วนปัจจัยค่าจ้างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม ($r=.666$, $p\text{-value}<.001$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจเป็นรายด้านพบว่า ด้านการยอมรับนับถือ และด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ $p\text{-value}<.001$ ($r=.716$ และ $.771$) ส่วนอีก 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ $p\text{-value}<.001$ เรียงตามลำดับ ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง และด้านลักษณะของงาน ($r=.671$, $.627$ และ $.614$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยคำจูนของเภสัชกร

แรงจูงใจ	X	S.D	แปลผล
ปัจจัยคำจูน			
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	3.35	0.70	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.82	0.71	มาก
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	3.97	0.69	มาก
ด้านนโยบายและการบริหาร	3.86	0.73	มาก
ด้าน สภาพการปฏิบัติงาน	3.48	0.69	ปานกลาง
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	4.05	0.67	มาก
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	3.66	0.84	มาก
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	3.55	0.79	มาก
ภาพรวม	3.71	0.55	มาก

ตารางที่ 4 ระดับการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการของเภสัชกร

การปฏิบัติ	X	S.D	แปลผล
ด้านการวางแผนและการจัดการ	3.42	0.91	ปานกลาง
ด้านการเก็บสำรongsยา	3.56	0.88	มาก
ด้านการยอมรับนับถือ	3.56	0.65	มาก
ด้านการใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง	3.49	0.91	ปานกลาง
ด้านการเตรียม การจัดยา และการให้ยา	3.93	0.67	มาก
ภาพรวม	35.7	0.67	มาก

เมื่อพิจารณาปัจจัยคำจูนเป็นรายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .754$, $p\text{-value} < .001$) ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ มี 6 ด้าน เรียงตามลำดับได้แก่ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน สภาพการ

ปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว เงินเดือนและค่าตอบแทน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r = .611, .568, .513, .471, .468$ และ $.444$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการปกครองบังคับบัญชา พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .287$, $p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

แรงจูงใจ	r	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	.765**	สูง
ปัจจัยจูงใจ	.791**	สูง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	.671**	ปานกลาง
ด้านการยอมรับนับถือ	.716**	สูง
ด้านลักษณะงาน	.614**	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	.771**	สูง
ด้านความก้าวหน้าในงาน	.627**	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	.666**	ปานกลาง
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	.468**	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.444**	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	.287*	ต่ำ
ด้านนโยบายและการบริหาร	.754**	สูง
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	.568**	ปานกลาง
ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	.513**	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	.611**	ปานกลาง
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	.471**	ปานกลาง

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .01

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า .05

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ทซ์เบิร์กที่ว่าความพอใจและความไม่พอใจในที่ทำงานไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่มเดียว แต่มาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน

จากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาอธิบายตัวแปรตาม โดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้น ๆ ทีละตัวตามการวิเคราะห์แบบ Stepwise multiple regression analysis ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง ดังนี้

$$Y = -0.180 + (0.894)(\text{ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ}) + (0.419)(\text{ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร})$$

ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวคือ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบและปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิได้ร้อยละ 65.9 ซึ่งเป็นอำนาจการพยากรณ์ในระดับค่อนข้างสูง อธิบายได้ว่าเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิเมื่อได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจในปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบและปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่าย

เภสัชกรรมได้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของสัมพันธ์ บัณฑิตเสน⁽¹¹⁾ ที่พบว่าความสามารถในการพยากรณ์การดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคายประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฉัฐพล มีพรหม⁽⁹⁾ ที่พบว่าความสามารถในการพยากรณ์การบริหารงานแบบธรรมาธิปไตยของหัวหน้าสถานอนามัยในจังหวัดสกลนครมีตัวแปรในสมการการพยากรณ์ 6 ตัว ได้แก่ ปัจจัยจิตใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ส่วนปัจจัยจิตใจ และปัจจัยด้านอื่น ๆ พบว่าไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ

สรุป

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 31.5 ปี มีสถานภาพสมรสโสด มีรายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 30,526.50 บาทและมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้วเฉลี่ย 7.3 ปี

ประชากรมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการในฝ่ายเภสัชกรรมในระดับมาก ทั้งด้านปัจจัยจิตใจ และปัจจัยด้านอื่น โดยมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โดยภาพรวมพบว่าการปฏิบัติในระดับมาก

โดยพบว่าด้านที่อยู่ในระดับมากมี 2 ด้าน คือ การเตรียมการจัดจ่าย และการให้ยา และการวางแผนและการจัดการ และพบว่าการปฏิบัติในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ การเก็บสำรองยา และการสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจของเภสัชกรต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่าแรงจูงใจในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเฉพาะปัจจัยจิตใจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ ในระดับสูง ส่วนปัจจัยด้านอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม

เมื่อพิจารณาปัจจัยจิตใจเป็นรายด้านพบว่า ด้านการยอมรับนับถือ และด้านความรับผิดชอบมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม ส่วนอีก 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง และด้านลักษณะของงาน

ส่วนปัจจัยด้านอื่นรายด้าน พบว่า ด้านนโยบายและการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ มี 6 ด้าน เรียงตามลำดับได้แก่ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนด้าน

การปกครองบังคับบัญชา พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชัยภูมิ

ผลจากการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาอธิบายตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์แบบ Stepwise multiple regression analysis ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง มีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการพยากรณ์คือ ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ และ ปัจจัยคำจูนด้านนโยบายและการบริหารโดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวในสมการ สามารถร่วมกันทำนายการพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของฝ่ายเภสัชกรรม ของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิได้ร้อยละ 65.9

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิควรให้ความสำคัญต่อการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ และปัจจัยคำจูนด้านนโยบายและการบริหาร ซึ่งพบว่าสามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพระบบบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในฝ่ายเภสัชกรรมได้เป็นอย่างดี

2. ควรเสริมสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และควรมีการจัดทำแผนพัฒนาเภสัชกรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. คุณภาพของระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
2. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล. จะทำให้เกิดโรงพยาบาลคุณภาพได้อย่างไร. เอกสารการประชุมระดับชาติ เรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1 :24-26 พฤศจิกายน 2541. กรุงเทพมหานคร; 2541.
3. Hertzberg Frederick. The Motivation to Work. New York: Wiley; 1990.
4. สุวัฒน์ วงศ์ปัทมพร. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. คุณากร สุวรรณพันธ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
6. ธารนา ธงชัย. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ. การวิจัยการวัด และประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์; 2543.
8. พิชิต แสนเสนา. บทบาทในการประสานงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
9. ณัฐพล มีพรหม. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแบบธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดสกลนคร [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
10. สุทัศน์ ดวงตะวงษ์. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอมัญจาคีรี และอำเภอโคกโพธิ์ชัย จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

11. สัมพันธ์ บัณฑิตเสน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

โปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

The application of life skills to smoking prevention in junior secondary school students, Srithat District, Udonthani Province

พิพัฒน์พล พินิจดี ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)

Phipadtpole Pinitdee M.P.H. (Health Education and Health Promotion)

จุฬารัตน์ โสตะ ศศด. (พัฒนาสังคม)

Chulaporn Sota DA. (Development Science)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kean University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 49 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น มีการประยุกต์การสอนทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกร่วมกับกรมสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเก็บข้อมูล 12 สัปดาห์โดยมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบค่ายไปกลับเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent Sample t-test และ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลของการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนการพัฒนาทักษะชีวิตทั้ง 12 ด้าน พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปจากผลการศึกษาพบว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตแล้ว กลุ่มทดลองมีความรู้มากขึ้น และคะแนนทักษะชีวิตด้านต่าง ๆ สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเป็นผลมาจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จัดให้ผู้เรียนสามารถดึงความรู้ ศักยภาพ และประสบการณ์ของตนเองมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตมีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมทักษะชีวิต ป้องกันการสูบบุหรี่ นักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This research was Quasi Experimental by dividing the samples to two groups and each group was 49 students with the application of teaching life skills. The sample was randomization by cluster randomization method. The objective was to study the effect of creating a life skills program to prevent smoking in junior high school

students and comparing the average life skills within the group and between groups of experimental and control group. Data collection in 12 weeks and has life skills camp. Data were analyzed used descriptive statistics including 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 result life skills development program found in the experimental group had knowledge score higher than before the experiment at a statistical significant ($p < 0.001$) and the experimental group had an average score of life skills in the higher than the comparison group statistical significant ($p < 0.001$). Summarized, when the experimental group was life skills development them had more knowledge and the various life skills higher than before and higher than the comparison group. As a result of participatory learning is experiential learning and learning efficiency. This is the procedure to enable the students to draw on their experience, knowledge and capacity to achieve learning. Which show that Life skills development program is appropriate and can be used to enhance the life skills to prevent smoking in a junior high school student.

Keywords: creating a life skills, smoking prevention, student, junior secondary school

บทนำ

การสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพโดยทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตได้ ทั้งผู้ที่สูบบุหรี่เอง และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 (Global adult tobacco survey 2011) พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันทั่วโลก เพศชาย ร้อยละ 46.6 และเพศหญิง ร้อยละ 2.6 โดยพบว่าช่วงอายุที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ช่วงอายุระหว่าง 25 – 44, 45 – 49, 15 – 24 และ 60 ปีขึ้นไป ตามลำดับ⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่าการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2547 แต่เมื่อสำรวจครั้งล่าสุดปี 2552 และ 2554 พบว่าการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น โดยพบว่าเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 20 เท่า⁽²⁾ เมื่อแบ่งประชากรตามภูมิภาคพบว่าภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดร้อยละ 25.60 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 23.50 ภาคเหนือร้อยละ 20.50 ภาคกลางร้อยละ 19.20 และกรุงเทพมหานครร้อยละ 15.40 เมื่อจำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดอุดรธานีมีอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2548 ร้อยละ 24.62 อยู่ในลำดับที่ 52, ปี 2550 ร้อยละ 27.97 เป็นอันดับที่ 72 และปี 2554 ร้อยละ 23.34 เป็นอันดับที่ 49 จากการสำรวจเมื่อปี 2554 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ในปัจจุบันเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 18 ปี และเริ่มสูบเป็นปกติเมื่ออายุเฉลี่ย 19 ปี

การสำรวจในครั้งนี้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 6 ปี อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี จากการสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย ในปี พ.ศ.2552 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 13-15 ปีสูงถึง ร้อยละ 11.7 แบ่งเป็น เพศชาย ร้อยละ 20.1 และเพศหญิง ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 8 ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า⁽³⁾

การพัฒนาทักษะชีวิต (Life Skill Development) เป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและต่อสู้กับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น เรื่องเพศ ยาเสพติด ปัญหาการบริโภคนิยมเป็นต้น ทักษะชีวิตประกอบด้วย 12 องค์ประกอบคือ การคิดวิจารณ์ญาณ และความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการอารมณ์และความเครียด และความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม⁽⁴⁾ ทักษะชีวิตเป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด และคุณประโยชน์ไปสู่ความสามารถที่มีอยู่ในขณะนี้ เช่น “อะไรที่ต้องทำและทำอย่างไร” ทักษะชีวิตเป็นความสามารถในการที่จะ

มีหนทางสุขภาพที่ดี ให้ความปรารถนาที่จะทำ ให้วาระ และโอกาสที่จะทำ การนำทักษะชีวิตไปประยุกต์ใช้ยังต้อง คำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาถึง แนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อเป็นการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และสร้างเสริมให้เกิดทักษะชีวิตในการป้องกันตนเองจาก การสูบบุหรี่รวมทั้งสร้างรูปแบบในการป้องกันปัญหาการ ใช้ยาเสพติดในระดับเริ่มต้น เนื่องจากนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้นเป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาค้นคว้าและมีความอยากรู้อยากลองและบุหรี่ยังเป็นยาเสพติดที่ถูก กฎหมายและข้อห้าม การป้องกันการสูบบุหรี่จึงเป็น เรื่องที่มีประโยชน์มากกว่าการบำบัดหรือรักษา เพื่อให้ เด็กและเยาวชนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีคุณภาพต่อ สังคม ประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการป้องกันการ สูบบุหรี่ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคิดสร้างสรรค์และความคิด วิเคราะห์สถานการณ์ตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การตระหนักในตนเองและความเห็นอก เห็นใจผู้อื่น การจัดการอารมณ์และความเครียด ความ ปลอดภัยในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการป้องกันการ สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคิดสร้างสรรค์และ ความคิดวิเคราะห์สถานการณ์ตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การตระหนักในตนเองและ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการอารมณ์และ

ความเครียด ความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ซึ่งประยุกต์การสร้างเสริม ทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยม ศึกษาตอนต้น อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดอุดรธานี โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม ทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยมีการเก็บข้อมูล ก่อน และหลัง การทดลอง (Pretest – Post test Two Group Design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการ คำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁶⁾ โดยมีสูตรการ คำนวณดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้ n คือจำนวนตัวอย่างในแต่ละ กลุ่ม $\sigma^2\sigma^2$ คือ ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ย คะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ $Z_\alpha Z_\alpha$ คือ ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับ ความเชื่อมั่นที่ 95% $Z_\beta Z_\beta$ คือ ค่าอำนาจการทดสอบ ที่ 80% $\mu_1\mu_1$ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง $\mu_2\mu_2$ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบโดย ความแปรปรวนร่วมสามารถคำนวณได้จากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ เบญจวรรณ กิจวรดี⁽⁷⁾ ได้ค่า $\sigma^2\sigma^2$ เท่ากับ 29.16 และนำไปแทนค่าสูตร การคำนวณหาขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/group = \frac{2(55.04)(1.64 + 0.84)^2}{(64.42 - 60.67)^2}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้คือ กลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน รวมทั้งหมด 98 คน ผู้วิจัยจึงได้ทำการสุ่มตัวอย่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอคติน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม และโปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 8 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความคิดสร้างสรรค์และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 5 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 7 การจัดการอารมณ์และความเครียด จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 8 ความภาคภูมิใจในตัวเองและความรับผิดชอบทางสังคม จำนวน 15 ข้อ โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.75 ในทุกส่วน

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE562363 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2557

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยมีการจัดกิจกรรมค่ายไปกลับ เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันการสูบบุหรี่ การติดตามเยี่ยม และให้กำลังใจ

ใจกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย ประกอบด้วยการกิจกรรมดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง เป็นการให้ความรู้ และโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 โดยจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบค่ายไป - กลับ เป็นเวลา 2 วันโดยให้ความรู้และโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 โดยจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบค่ายไป - กลับ เป็นเวลา 2 วันโดยให้ความรู้และโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต

สัปดาห์ที่ 9 มีการกระตุ้นเตือน และให้ขวัญกำลังใจเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 10 มีการกระตุ้นเตือน และให้ขวัญกำลังใจเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมสรุปบทเรียนที่ผ่านมา ได้แก่ ผลของการดำเนินโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต แก่ครู และผู้บริหารสถานศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วนคือ สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Independent Sample t - test และ Paired Sample t - test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 95

ผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ หลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงขึ้น เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนน

เฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 3.45 ถึง 5.00) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 3.19 ถึง 4.53)

การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสูงขึ้น เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 4.54 ถึง 6.96) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 3.74 ถึง 7.48)

ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์สูงขึ้น โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 4.80 ถึง 7.27) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 3.00 ถึง 5.89)

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองพบว่ามีความสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า หลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95% CI : 10.76 ถึง 13.61) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองก็พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95%CI : 7.21 ถึง 10.04)

การตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังทดลองพบว่ามีความเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95% CI : 4.57 ถึง 8.55) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95% CI : 2.48 ถึง 6.08)

การจัดการอารมณ์และความเครียด พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001; 95% CI : 8.54 ถึง 11.33) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอารมณ์และความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001, 95% CI : 7.31 ถึง 10.27)

ความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบทางสังคม พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นไปอยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001, 95%CI : 10.72 ถึง 15.07) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001; 95%CI: 6.85 ถึง 10.77)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะชีวิตทั้ง 12 ด้านในการป้องกันการสูบบุหรี่ ภายในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p - value
	(n = 49)		(n = 49)				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	8.00	1.96	12.22	1.72	4.22	10.94	<0.001
2. การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา	41.39	4.95	47.14	1.94	5.76	9.58	<0.001
3. ความคิดสร้างสรรค์และความคิด วิจารณ์	31.84	4.04	37.88	1.38	6.04	9.85	<0.001
4. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล	35.10	3.91	47.29	1.84	12.18	17.14	<0.001
5. การตระหนักในตนเองและความ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น	49.30	6.76	56.02	2.13	6.71	6.30	<0.001
6. การจัดการอารมณ์และความเครียด	37.20	4.85	47.14	1.56	9.93	14.32	<0.001
7. ความภาคภูมิใจในตนเองและความ รับผิดชอบทางสังคม	57.14	6.97	70.04	3.24	18.89	11.91	<0.001

การอภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ รวมทั้งการสอดแทรกสื่อวีดิทัศน์ ใบงาน รวมทั้งการทบทวนความรู้เป็นประจำในระหว่างการทำกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิตารัตน์ ผลเต็ม⁽⁸⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้น

ปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา และวัชรพล วิวรรณเฉาพันธ์⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์ พบว่าภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกให้มีการคิดอย่างสร้างสรรค์ เช่น การดูวีดิทัศน์แล้วตอบโจทย์ตามใบงาน

ที่มอบหมาย โดยใช้ความคิดที่สร้างสรรค์ ไม่จำกัดแนวความคิดให้อยู่เพียงจุดใดจุดหนึ่ง และยังมีการฝึกให้มีการอภิปรายผลการดำเนินกิจกรรมตามใบงาน เป็นการฝึกกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งจะส่งผลให้นักเรียนสามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์อย่างมีวิจารณญาณ แก้ไขปัญหาและป้องกันตัวเองจากการถูกรังแกได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดในการสอนทักษะชีวิต คือ ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) เป็นสาเหตุของการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหา โดยสามารถค้นหาทางเลือกที่มีความเป็นไปได้และผลลัพธ์ที่หลากหลาย โดยจะช่วยให้มองย้อนไปถึงประสบการณ์ตรง หรือการตัดสินใจที่จะทำ การมีความคิดสร้างสรรค์จะช่วยให้สามารถตอบสนองให้เกิดการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของชีวิตประจำวัน และความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล และประสบการณ์ที่ผ่านมา การคิดอย่างมีวิจารณญาณมีผลต่อสุขภาพโดยช่วยทำให้เกิดการยอมรับ⁽⁵⁾

การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทักษะชีวิต โดยการดูวีดิทัศน์การทำงาน และกิจกรรมกลุ่มฝึกให้นักเรียนสามารถแก้ไขปัญหาในสถานการณ์สมมติได้ โดยสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ที่ว่า การตัดสินใจ (Decision making) เป็นทักษะที่ช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้างของชีวิต โดยจะเกิดผลลัพธ์ ถ้าบุคคลนั้นมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำที่มีความสัมพันธ์ด้านสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน ผลที่เกิดขึ้นก็ย่อมมีความแตกต่างกันด้วย และการแก้ไขปัญหา (Problem solving) เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการจัดการปัญหาในชีวิต โดยเมื่อมีบุคคลใดเกิดความเครียดจากปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายขึ้นได้เช่นกัน

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิต การได้ทำกิจกรรมตามใบงาน การเล่นเกม และการแสดงบทบาทสมมติตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตียนแก้ว ลิทองดี⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงระดับอาชีวศึกษา และพบว่า เมื่อสร้างเสริมนักเรียนให้ฝึกการทำกิจกรรมเสริมสร้างการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะทำให้นักเรียนมีความมั่นใจ และสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการทำกิจกรรมกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติตามใบงานที่ได้รับมอบหมายซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ กรมสุขภาพจิต⁽¹¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ประการ คือ

- 1) ประสบการณ์
- 2) การสะท้อนความคิดและถกเถียง
- 3) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด
- 4) การทดลอง หรือการประยุกต์

การจัดการอารมณ์และความเครียด พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotion)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทักษะชีวิตทั้ง 12 ด้านในการป้องกันการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 49)		หลังทดลอง (n = 49)		df	t	p - value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	12.22	1.72	8.37	1.44	3.86	7.86	<0.001
2. การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา	47.14	1.94	41.53	5.23	5.61	6.02	<0.001
3. ความคิดสร้างสรรค์และความคิด วิจารณ์ญาณ	37.88	1.38	33.42	4.80	4.44	6.20	<0.001
4. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล	47.29	1.84	38.65	4.17	8.63	12.28	<0.001
5. การตระหนักในตนเองและความ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น	56.02	2.13	51.73	5.81	4.28	4.28	<0.001
6. การจัดการอารมณ์และ ความเครียด	47.14	1.56	38.46	4.70	8.67	12.87	<0.001
7. ความภาคภูมิใจในตนเองและ ความรับผิดชอบทางสังคม	70.04	3.24	61.22	5.99	8.81	9.03	<0.001

เกี่ยวกับการรู้จักอารมณ์ ในตัวเองและผู้อื่น เริ่มต้นจากอารมณ์ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรม และก่อให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม และการจัดการกับความเครียด (Coping with stress) เกี่ยวกับการรู้จักสาเหตุของความเครียดของตนเอง และวิธีการควบคุมระดับความเครียดของตนเอง ซึ่งอาจจะหมายถึงการกระทำที่ลดระดับความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมรอบตัว หรือเรียนรู้ที่จะพักผ่อนเพื่อลดความเครียด⁽⁵⁾

ความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบทางสังคม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการอารมณ์และความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับของ Esmacilinasab และคณะ⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของทักษะชีวิตในการเพิ่มพูนการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม

เสริมสร้างทักษะชีวิต 10 องค์ประกอบขององค์การอนามัยโลก (1997) โดยผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีผลจากองค์การด้านการศึกษามีส่วนสำคัญที่จะทำให้คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนสูงขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากการสอนทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก และกรมสุขภาพจิต ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์ญาณ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและ

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการอารมณ์และความเครียด ความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบทางสังคม เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งได้สอดแทรกกิจกรรมการให้ความรู้ และการลงมือทดลองทำกิจกรรม เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การทำกิจกรรมกลุ่ม สามารถสร้างเสริมทักษะชีวิตในด้านต่างๆ ของนักเรียนให้เพิ่มสูงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนระดับชั้นอื่นๆ เช่น ประถมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ ความคิด และสามารถประยุกต์แนวคิดนำมาใช้เพื่อป้องกันตนเองต่อการสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ ได้ รวมทั้งสามารถประยุกต์แนวคิดในการเสริมสร้างทักษะชีวิตไปใช้ในการสอนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องเพศศึกษา การป้องกันตนเองจากการท้องไม่พร้อม เป็นต้น ซึ่งควรจัดกิจกรรมในลักษณะค่ายเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อควบคุมตัวแปรอื่นที่จะมารบกวนการเรียนรู้ของนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้สนับสนุนทุนจัดทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2554). การบริโภคน้ำมันในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554. [ออนไลน์] มมป. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ashthailand.or.th/th/uploads/download/GATS2011.pdf>
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร; 2555.
- ศิริวรรณ พิชัยรังษะ, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง, กุมภากร สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 2. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. กรุงเทพมหานคร; 2555.
- จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
- World Health Organization. Life Skills Education In Schools. Geneva; 1997.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2551.
- เบญจวรรณ กิจควรดี. ผลของการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- ธิดารัตน์ ผลเต็ม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์. การประยุกต์ใช้ทักษะชีวิตร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญา

สาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

10. เตือนแก้ว สิทองดี. การประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงระดับอาชีวศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
11. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา ระดับประถมศึกษา; 2542.
12. Esmacilinasab M, Malek MD, Ghiasvand Z, Bahrami S. Effectiveness of life skills training on increasing self-esteem of high school students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 2011; 30:1043-7.

ตัวแบบทำนายประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

A predictive model of an effectiveness of antiviral drugs treated in PLWHA under accountability of The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

ปิยธิดา ภูตาไชย ส.ม.(ชีวสถิติ)*

Piyatida Pootachai M.P.H. (Biostatistics)*

จิราพร เขียวอยู่ ปร.ด.(ประชากรและการพัฒนา)**

Jiraporn Khiewyoo Ph.D. (Population and Development)**

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

*The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างตัวแบบทำนายประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Retrospective cohort study) โดยใช้ข้อมูล ทุติยภูมิ จากโครงการ NAP ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2554 - 31 พฤษภาคม 2555 ข้อมูลที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบเป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2555 - 5 กรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอย พหุโลจิสติก และประเมินความสามารถในการทำนายด้วยพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver operating characteristics; ROC Curve)

ผลการศึกษา: จากการวิเคราะห์หาประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่า หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี มีผู้ป่วยร้อยละ 73.8 (95%CI=68.6-78.6) จาก 317 ราย มีปริมาณเชื้อไวรัส < 50 copies/ml. และผู้ป่วยมีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น $\geq 100 \text{ cell/mm}^3$ ร้อยละ 71.6 (95%CI=66.3-76.5) ตัวแบบสุดท้ายที่ได้ ประกอบด้วยตัวแปรเพศ การกินยาอย่างสม่ำเสมอ ประเภทสูตรยาต้านไวรัส และระดับ CD4 ก่อนการรักษา เมื่อทดสอบความสามารถในการทำนาย พบว่ามีพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซีเท่ากับ 64.3 (95%CI: 57.7-71.0) ณ จุดตัดความน่าจะเป็น ≥ 0.71 มีค่าความไว ร้อยละ 76.1 (95%CI: 71.4-80.8) ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 41.0 (95%CI: 35.6-46.4) ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 66.9 (95%CI: 61.4-72.0) ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 78.4 (95%CI: 73.9-82.9) ค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 37.8 (95%CI: 32.4-43.1) LR^+ เท่ากับ 1.3 และ LR^- เท่ากับ 0.6 และเมื่อนำตัวแบบไปทดสอบกับชุดข้อมูลทดสอบ พบว่ามีพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซีเท่ากับ 60.1 (95%CI: 57.7-71.0) ณ จุดตัดความน่าจะเป็น ≥ 0.71 มีค่าความไว ร้อยละ 31.76 (95%CI: 25.7-37.8) ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.5 (95%CI: 78.7-88.4) ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 49.8 (95%CI: 43.1-56.5) ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 78.3 (95%CI: 73.0-83.7) ค่าทำนายผลลบ ร้อยละ 39.5 (95%CI: 33.2-45.9) LR^+ เท่ากับ 1.2 และ LR^- เท่ากับ 0.3

สรุปและข้อเสนอแนะ: ตัวแบบที่ได้มีความสามารถในการทำนายในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีร้อยละการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่ำ และมีระดับ CD4 ก่อนการรักษาที่ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการรักษา ดังนั้นแพทย์พยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง และตัวผู้ป่วยเองควรรีให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อลดการเสียชีวิต ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน และรักษาสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ยาทันไวรัสเอดส์ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

Abstract

Objective: To find a predictive model of effectiveness of antiviral drug used among people infected with HIV/AIDS patients.

Methods: The retrospective cohort study was conducted using NAP (National AIDS Program) data in the part of under responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 6th, Khon Kaen. The data for creating the model were collected from 1st April, 2011 to 31st May, 2012. The data for validating the model were collected from 1st June, 2012 to 5th July, 2013. The multiple logistic regression was employed to find the model. The ability of a discrimination of the model was assessed via an area under the receiver operating characteristics (ROC) curve.

Results: After treated with antiviral drugs for one year, approximately 73.8% of 317 patients (95%CI=68.6–78.6) had a plasma HIV RNA viral load below 50 copies/mL, and about 71.6% of them (95%CI=66.3–76.5) had CD4 cell counts of ≥ 100 cell/mm³. The variables in the predictive model included sex, adherence, antiviral drug formula, and CD4 levels before treatment. The model had the area under ROC curve equaled 64.3 (95%CI: 57.7–71.0). At the probability cut-off point ≥ 0.71 , the model had sensitivity 76.1% (95%CI: 71.4–80.8), specificity 41.0% (95%CI: 35.6–46.4), accuracy 66.9% (95%CI: 61.4–72.0), positive predictive value 78.4% (95%CI: 73.9–82.9), negative predictive value 37.8% (95%CI: 32.4–43.1), LR⁺ 1.3, and LR⁻ 0.6. The validated model had the area under the ROC curve equaled to 60.1 (95%CI: 57.7–71.0). At the probability cut-off point of ≥ 0.71 , the model had sensitivity 31.76% (95%CI: 25.7–37.8), specificity 83.5% (95%CI: 78.7–88.4), accuracy of 49.8% (95%CI: 43.1–56.5), positive predictive value of 78.3% (95%CI: 73.0–83.7), negative predictive value of 39.5% (95%CI: 33.2–45.9), LR⁺ 1.2, and LR⁻ 0.3.

Conclusions: The predictive model had low ability in discrimination. However, the result showed that people infected with HIV/AIDS patients with low adherence and low CD4 counts before treatment were at risk of having higher levels of plasma viral load after treatment. In order to reduce mortality, risks of complications and living longer among patients, providers and patients should be concerned on the issues and give attention in treatment participation.

Keywords: people infected with HIV, AIDS patients, anti-HIV drugs, viral load, adherence

บทนำ

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) เกิดจากการได้รับเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย⁽¹⁾ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527-2554 กว่า 376,690 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,721 ราย ซึ่งปัจจุบันยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากกว่า 200,000 ราย⁽²⁾ สถานการณ์เอดส์ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2524 ถึงวันที่ 9 กรกฎาคม 2556 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 52,187 ราย และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 3,428 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 9,386 ราย⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มโครงการบูรณาการระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (National AIDS Program; NAP)⁽³⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในโครงการ NAP ณ ปัจจุบันจะใช้สูตรยาต้านไวรัสที่ประกอบด้วย สูตรพื้นฐาน สูตรทางเลือก และสูตรดื้อยา⁽³⁾ ซึ่งโปรแกรม NAP นั้นมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและติดตามผลของผู้ป่วยที่ถือว่ามีความครบถ้วน ในปี พ.ศ. 2553 มีการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยต่อการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ NAPHA/NAP ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽⁴⁾ พบความชุกของการรักษาล้มเหลวเท่ากับร้อยละ 4.6 ซึ่งประโยชน์ของการวิเคราะห์ข้อมูลนี้สามารถบอกถึงประสิทธิภาพที่ดีของยาต้านไวรัสในโครงการ NAP และหาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล้มเหลวได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาเพื่อหาตัวแบบทำนายประสิทธิผลการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยในการหาตัวแบบนี้จะใช้ค่า Viral load เป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิผลของการใช้ยา เนื่องจาก Viral load เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิผลการรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน⁽⁵⁾

รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้เพื่อประเมินประสิทธิผลการรักษาด้วย หากค่า Viral load มากกว่า 1,000 copies/mL แสดงถึงการรักษาล้มเหลว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการดื้อยาและอาจนำไปสู่โอกาสเสี่ยงที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสมการทำนายและทดสอบสมการทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จากข้อมูลทั่วไป ประวัติก่อนการรักษา และข้อมูลขณะรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยหาตัวแปรที่ใช้การทำนายด้วยวิธีวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลจากการศึกษานี้จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนยุทธศาสตร์สำหรับการดำเนินงานด้านการรักษาโรคเอดส์ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษานี้ดำเนินการภายหลังได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE572178 ลงวันที่ 1 กันยายน 2557 โดยเป็นการศึกษาย้อนหลังแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Retrospective cohort study) เพื่อหาตัวแบบทำนายประสิทธิผลการใช้ยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ตัวอย่างที่ใช้สร้างตัวแบบคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษาโดยการกินยาต้านไวรัสเอดส์ในโครงการ NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2554 - 31 พฤษภาคม 2555 จำนวน 317 ราย และทำการทดสอบตัวแบบโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2555 - 5 กรกฎาคม 2556 จำนวน 227 ราย โดยตัวอย่างที่ใช้สร้างตัวแบบและทดสอบตัวแบบมีความเป็นอิสระต่อกัน คำนวณขนาดตัวอย่างตามวิธีของ Hosmer & Lemeshow⁽⁶⁾ ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 57 คำนวณโดยพิจารณาจากปัจจัยที่มีผลต่อ

ประสิทธิภาพการใช้ยาต้านไวรัส กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 สัดส่วนการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสในกลุ่มที่กินยาไม่ต่อเนื่อง สม่่าเสมอ เท่ากับ 0.86 สัดส่วนการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสในกลุ่มที่กินยาอย่างต่อเนื่องและสม่่าเสมอ เท่ากับ 0.27 สัดส่วนการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ ซึ่งในที่นี้คือ สัดส่วนการเกิดภาวะล้มเหลวทางไวรัสเท่ากับ 0.56 สัดส่วนเหล่านี้ นำมาจากการศึกษาของวิศัลย์ มูลศาสตร์ และคณะ⁽⁷⁾ ขนาดตัวอย่างที่ใช้จริงดำเนินการตามคำแนะนำของ Hsieh และคณะ⁽⁸⁾ โดยปรับขนาดตัวอย่าง ขึ้นต้นด้วยระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่า Viral load กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 0.5

วิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น เพื่อขอข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ลงทะเบียนรักษาในโครงการ NAP และระบุตัวแปรที่ต้องการใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบบันทึก ซึ่งจะคัดลอกข้อมูลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโปรแกรม NAP ข้อมูลที่สำคัญมี 3 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนที่ 2 เป็นประวัติก่อนการรักษา และส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลขณะรักษาและผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม Stata10/IC (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ด้วยวิธีสถิติต่อไปนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลแบบแจกแจง นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องที่ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้าการกระจายของข้อมูลเบ้จะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2) สถิติเชิงอนุมาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาตัวแบบทำนาย มี 2 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนาตัวแบบและการประเมินความเหมาะสมของตัวแบบ ตัวแปรตามของตัวแบบพิจารณาเฉพาะค่า Viral load

- การพัฒนาตัวแบบ สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) ประกอบด้วยการจัดการข้อมูลเพื่อสร้างตัวแบบ การสร้างตัวแบบ และการประเมินความเหมาะสมของตัวแบบ

- ทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบสุดท้ายที่ได้กับข้อมูลที่ใช้สร้างตัวแบบ และการประเมินประสิทธิภาพของตัวแบบ สถิติที่ใช้คือ การวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (ROC Curve) โดยการหาค่าจุดตัด (Cut-off point) ที่เหมาะสม ที่มีความแม่นยำสูงในการทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี ค่าจุดตัด ความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าความถูกต้อง (Accuracy) ค่าทำนายผลบวก (Positive predictive value; PV⁺) และค่าทำนายผลลบ (Negative predictive value; PV⁻) Positive Likelihood Ratios (LR⁺) Negative Likelihood Ratios (LR⁻) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการดำเนินงาน

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่ใช้สร้างตัวแบบและทดสอบตัวแบบ

ลักษณะของตัวอย่างพิจารณาตามปัจจัยด้านผู้ป่วยและประวัติการเข้ารับการรักษา

ตัวอย่างที่นำมาใช้ในการสร้างตัวแบบ จำนวน 317 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 36.1 ปี (SD=8.6) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 45.4 ไม่เคยกินยาต้านไวรัสก่อนเข้าโครงการร้อยละ 96.2 ไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเข้าโครงการร้อยละ 81.1 และเป็นผู้ป่วยในระยะ Asymptomatic HIV เมื่อแรกเข้าโครงการร้อยละ 42.6

ตัวอย่างที่ใช้ทดสอบตัวแบบ จำนวน 227 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 37.0 ปี (SD= 9.4) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.6 ไม่เคยกินยาต้านไวรัสก่อนเข้าโครงการร้อยละ 96.5 ไม่เคยมีการติดเชื้อฉวยโอกาสก่อนเข้าโครงการ ร้อยละ 81.9 และเป็นผู้ป่วยในระยะ Asymptomatic HIV เมื่อแรกเข้าโครงการ ร้อยละ 52.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติด้านการรักษาของผู้ป่วยในกลุ่มที่สร้างและทดสอบตัวแบบ

ข้อมูลทั่วไป และประวัติการกินยาต้านไวรัสเอดส์	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ (n=317)	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบ (n=227)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	178 (56.2)	133 (58.6)
หญิง	139 (43.9)	94 (41.4)
อายุ		
15 - 29 ปี	74 (23.3)	41 (18.1)
30 - 44 ปี	198 (62.5)	146 (64.3)
45 ปีขึ้นไป	45 (14.2)	40 (17.6)
Mean (SD)	36.1 (8.6)	37.0 (9.4)
สถานภาพสมรส		
โสด	99 (31.2)	77 (33.9)
สมรส	144 (45.4)	99 (43.6)
หม้าย/หย่า/อื่นๆ	74 (23.3)	51 (22.5)
ประวัติการกินยาต้านไวรัส		
เคยกิน	12 (3.8)	8 (3.5)
ไม่เคยกิน	305 (96.2)	219 (96.5)
ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส		
เคยเป็น	60 (18.9)	41 (18.1)
ไม่เคยเป็น	257 (81.1)	186 (81.9)
ระยะการติดเชื้อ HIV เมื่อแรกเข้าโครงการ		
Asymptomatic HIV	135 (42.6)	118 (52.0)
Symptomatic HIV	92 (29.0)	55 (24.2)
AIDS	90 (28.4)	54 (23.8)

ลักษณะของตัวอย่างพิจารณาตามปัจจัยด้านการรักษา

ตัวอย่างที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานมากที่สุด ร้อยละ 95.3 มีการติดเชื้อฉวยโอกาสขณะรักษา ร้อยละ 24.3 มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาขณะรักษา ร้อยละ 3.5 ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 ก่อนการรักษา < 50 cells/mm³ ร้อยละ 42.9 (median=62) ระดับ CD4 หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี เท่ากับ 201–500 cells/mm³ ร้อยละ 50.6 (median=248) มีค่า Viral load หลังรักษา 1 ปี < 50 Copies/ml ร้อยละ 73.8 (median=20) มี Adherence ≥ 95% ร้อยละ 98.4 (median=100) เมื่อพิจารณาธรรมชาติของข้อมูล Adherence ซึ่งมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 100 ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรนี้ในกรณี Cut-off point ที่ร้อยละ 100 ด้วย พบว่ามีร้อยละ 77.0 และหลังการรักษา 1 ปี ส่วนใหญ่ระดับ CD4 เพิ่มขึ้นเท่ากับ 151–300 cells/mm³ ร้อยละ

41.9 (mean=165.0)

ตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบ พบว่าได้รับการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานมากที่สุด ร้อยละ 93.4 มีการติดเชื้อฉวยโอกาสขณะรักษา ร้อยละ 24.2 มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาขณะรักษา ร้อยละ 7.5 ส่วนใหญ่มีระดับ CD4 ก่อนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส < 50 cells/mm³ ร้อยละ 41.0 (median=66) ระดับ CD4 หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี เท่ากับ 201–500 cells/mm³ ร้อยละ 46.9 (median=220) มีค่า Viral load หลังรักษา 1 ปี < 50 Copies/ml ร้อยละ 65.2 (median=25.0) มี Adherence ≥ 95% ร้อยละ 96.0 (median=100) มี Adherence=100% ร้อยละ 64.2 และหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี ส่วนใหญ่ระดับ CD4 เพิ่มขึ้น 151–300 ร้อยละ 37.8 (mean=139.0) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในตัวอย่างที่ศึกษา

รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ (n=317)	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบ (n=227)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ประเภทสูตรยา		
พื้นฐาน	302 (95.3)	212 (93.4)
ดื้อยาหรือเพิ่มเติม	15 (4.7)	15 (6.6)
มีการติดเชื้อฉวยโอกาสขณะรักษา (หลังกินยา 6 เดือน)		
มี	77 (24.3)	55 (24.2)
ไม่มี	240 (75.7)	172 (75.8)
มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาขณะรักษา (หลังกินยา 6 เดือน)		
มี	11 (3.5)	17 (7.5)
ไม่มี	306 (96.5)	210 (92.5)
ระดับ CD4 (cell/mm³) ก่อนการรักษา		
< 50	136 (42.9)	93 (41.0)
50–200	115 (36.3)	92 (40.5)
> 200	66 (20.8)	42 (18.5)
Median (Min : Max)	62 (1:741)	66 (1:900)

ตารางที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการสร้างตัวแบบ (n=317)	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ใช้ในการทดสอบตัวแบบ (n=227)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับ CD4 (cell/mm³) หลังการรักษา 1 ปี		
< 50	4 (1.3)	13 (5.8)
50-200	110 (35.3)	85 (38.0)
201-500	158 (50.6)	105 (46.9)
> 500	40 (12.8)	21 (9.4)
Median (Min : Max)	248 (14:885)	220 (15:1145)
ปริมาณเชื้อไวรัส (Viral load) หลังรักษา 1 ปี		
< 50 Copies/ml.	234 (73.8)	148 (65.2)
50-1,000 Copies/ml.	79 (24.9)	67 (29.5)
> 1,000 Copies/ml.	4 (1.3)	12 (5.3)
Median (Min : Max)	20 (0:5140000)	25 (0:1224726)
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Cut point=95%)		
< 95%	5 (1.6)	9 (4.0)
≥ 95%	312 (98.4)	218 (96.0)
Median (Min : Max)	100 (88:100)	100 (70:100)
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Cut point=100%)		
≤ 99%	73 (23.0)	81 (35.8)
100%	244 (77.0)	145 (64.2)
ระดับ CD4 ที่เพิ่มขึ้นหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 1 ปี		
< 50	4 (1.3)	13 (5.8)
50-150	59 (19.2)	58 (25.8)
151-300	129 (41.9)	85 (37.8)
301-450	71 (23.1)	44 (19.6)
> 450	45 (14.6)	25 (11.1)
Mean (SD)	165.0 (134.0)	139.0 (128.7)

ตัวแบบทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ตัวแปรที่มีผลต่อการทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น (การวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร)

พบว่าตัวแปรเพศ มีผลต่อการทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส

ประวัติการกินยาต้านไวรัส ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเข้าโครงการ ประเภทสูตรยา มีการติดเชื้อฉวยโอกาส มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ Cut-off point ที่ร้อยละ 95 และร้อยละ 100 และระดับ CD4 ก่อนการรักษา มีผลต่อการทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ตัวแปร	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลตรวจ Viral load	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีประสิทธิภาพการรักษาดี จำนวน (ร้อยละ)	OR	95% CI	p-value
เพศ					0.003
ชาย	178	120 (67.4)	1.0		
หญิง	139	114 (82.0)	2.2	1.3-3.8	
อายุ					0.197
15 - 29 ปี	74	49 (66.2)	1.0		
30 - 44 ปี	198	149 (75.2)	1.6	0.9-2.8	
45 ปีขึ้นไป	45	36 (80.0)	2.0	0.9-4.9	
สถานภาพสมรส					0.430
โสด	99	69 (69.7)	1.0		
สมรส	144	107 (74.3)	1.2	0.7-2.2	
หม้าย/หย่า/อื่นๆ	74	58 (78.4)	1.6	0.8-3.2	
ประวัติการกินยาต้านไวรัสก่อนเข้าโครงการ					0.424
เคยกิน	12	10 (83.3)	1.0		
ไม่เคยกิน	305	224 (73.4)	0.6	0.1-2.6	
ประวัติการติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อแรกเข้าโครงการ					0.816
เคยเป็น	60	45 (75.0)	1.0		
ไม่เคยเป็น	257	189 (73.5)	0.9	0.5-1.8	
ระยะการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแรกเข้าโครงการ					0.105
Asymptomatic HIV	135	101 (74.8)	1.0		
Symptomatic HIV	92	61 (66.3)	0.7	0.4-1.2	
AIDS	90	72 (80.0)	1.3	0.7-2.5	

ตารางที่ 3 ผลของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรอื่น (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีผลตรวจ Viral load	ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มี ประสิทธิผลการรักษาดี จำนวน (ร้อยละ)	OR	95 % CI	p-value
ประเภทสูตรยา					0.232
พื้นฐาน	302	225 (74.5)	1.0		
ดื้อยาหรือเพิ่มเติม	15	9 (60.0)	0.5	0.2-1.5	
มีการติดเชื้อฉวยโอกาส					0.728
มี	77	58 (75.3)	1.0		
ไม่มี	240	176 (73.3)	0.9	0.5-1.6	
มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา					0.524
มี	11	9 (81.8)	1.0		
ไม่มี	306	225 (73.5)	0.6	0.1-2.9	
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Cut-off point=95%)					0.109
< 95%	5	2 (40.0)	1.0		
≥ 95%	312	232 (74.4)	4.4	0.7-26.5	
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Cut-off point=100%)					0.145
≤ 99%	73	49 (67.1)	1.0		
100%	244	185 (75.8)	1.5	0.9-2.7	
ระดับ CD4 (cell/mm³) ก่อนการรักษา					0.275
< 50	136	101 (74.3)	1.0		
50-200	115	80 (69.6)	0.8	0.4-1.4	
> 200	66	53 (80.3)	1.4	0.7-2.9	

วิธีการคัดเลือกตัวแปรเข้าในแบบเริ่มต้น (Initial model)

ได้แก่ เพศ อายุ ระยะการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเข้าโครงการ ประเภทสูตรยา การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และระดับ CD4 ก่อนการรักษา และคงตัวแปรที่มีข้อสนับสนุนเชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาสขณะรับยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาขณะรับยา ดังนั้นตัวแปรที่คัดเลือกเข้าสู่แบบเริ่มต้นจึงมีทั้งหมด 8 ตัวแปร กรณีตัวแปรการกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการนำเข้า 2 แบบ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกของตัวแปรเริ่มต้น

ตัวแปร	ตัวแปรที่ 1 (Adherence cut point=95%)		ตัวแปรที่ 2 (Adherence cut point=100%)	
	OR _{adj} (95%CI)	p-value	OR _{adj} (95%CI)	p-value
เพศ	2.3 (1.3-4.1)	0.003	2.5 (1.4-4.4)	0.002
อายุ		0.172		0.171
15-29 ปี	1.0		1.0	
30-44 ปี	1.6 (0.9-3.0)		1.7 (0.9-3.1)	
45 ปี ขึ้นไป	2.1 (0.8-5.2)		2.1 (0.8-5.2)	
ระยะการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเข้าโครงการ		0.712		0.427
Asymptomatic HIV	1.0		1.0	
Symptomatic HIV	0.6 (0.3-1.2)		0.7 (0.4-1.3)	
AIDS	1.1 (0.6-2.3)		1.1 (0.6-2.3)	
ประเภทสูตรยา	0.4 (0.1-1.1)	0.093	0.4 (0.1-1.1)	0.082
มีการติดเชื้อฉวยโอกาส	0.7 (0.4-1.3)	0.282	0.7 (0.4-1.4)	0.343
มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	0.7 (0.1-3.3)	0.621	0.7 (0.1-3.5)	0.649
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	5.8 (0.9-39.7)	0.072	1.7 (0.9-3.1)	0.081
ระดับ CD4 ก่อนการรักษา		0.250		0.252
< 50 cells/mm ³	1.0		1.0	
50-200 cells/mm ³	0.8 (0.4-1.4)		0.7 (0.4-1.3)	
> 200 cells/mm ³	1.4 (0.7-3.1)		1.4 (0.7-3.0)	

ตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในตัวแปรสุดท้าย

เลือกตัวแปรจากตัวแปรที่ 2 (Adherence cut

point=100%) สมการถดถอยพหุโลจิสติกที่สร้างได้ประกอบด้วย 4 ตัวแปรทำนาย คือ เพศ การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สูตรยาด้านไวรัส และระดับ CD4 ก่อนเข้ารับการรักษาดูด้วยยาด้านไวรัส

ตารางที่ 5 ตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยคำนึงถึงตัวแปรอื่น

ตัวแปร	Coefficient	Standard error	OR _{adj} (95%CI)	p-value
เพศ	0.9	0.3	2.5 (1.4-4.4)	0.001
การกินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	0.5	0.3	1.7 (1.0-3.1)	0.071
ประเภทสูตรยา	-1.0	0.6	0.4 (0.1-1.1)	0.072
ระดับ CD4 ก่อนการรักษา				0.292
$\leq 99 \text{ cell/mm}^3$	-	-	1.0	
100-199 cell/mm^3	-0.2	0.3	0.7 (0.4-1.4)	
$\geq 200 \text{ cell/mm}^3$	0.3	0.4	1.4 (0.7-2.9)	
ค่าคงที่	0.4	0.3	1.4 (0.8-2.7)	0.274

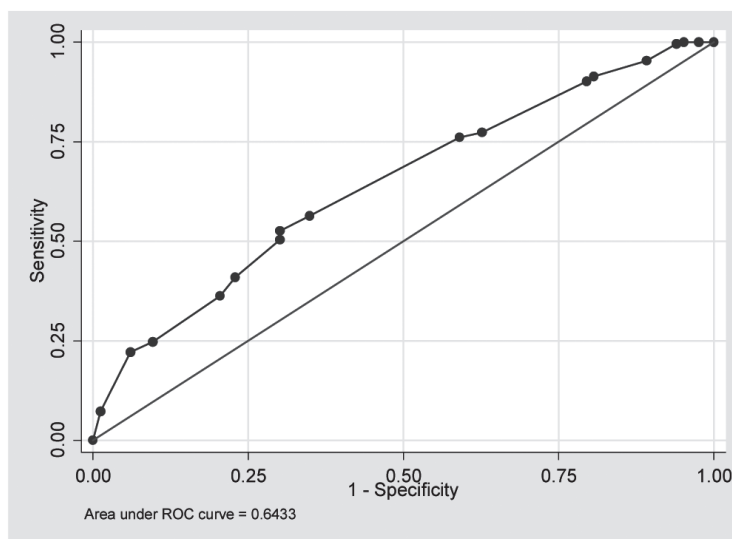
การประเมินตัวแบบทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

การทดสอบภาวะแนบสนิทดี (Goodness of fit) พบว่าตัวแบบมีความเหมาะสม (Pearson chi-square: p-value = 0.320 และ Hosmer-Lemeshow chi-square: p-value = 0.748)

ทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบสุดท้ายที่ได้กับข้อมูลที่ใช้สร้างตัวแบบ โดยใช้หลักเกณฑ์การพิจารณา

พื้นที่ใต้โค้ง ROC (Hosmer & Lemeshow, 2000)⁽⁶⁾

จากการวิเคราะห์หาพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (ROC Curve) พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.64 ซึ่งสามารถทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้ในระดับน้อย เพียงร้อยละ 64.3 (95%CI: 57.7-71.0) ความสามารถในการทำนายของตัวแบบจาก logit model (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (ROC Curve) ของชุดข้อมูลสร้างตัวแบบ

จากผลการทดสอบความสามารถในการทำนายของตัวแบบ จุดตัดที่เหมาะสมที่เลือกคือ ความน่าจะเป็น ≥ 0.710 พบว่ามีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 76.1 (95%CI: 71.4–80.8) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 41.0 (95%CI: 35.6–46.4) ค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 66.9 (95%CI: 61.4–72.0) ค่าทำนายผลบวก (PPV) ร้อยละ 78.4 (95%CI: 73.9–82.9) ค่าทำนายผลลบ (NPV) ร้อยละ 37.8 (95%CI: 32.4–43.1) Positive Likelihood Ratios (LR⁺) เท่ากับ 1.3 และ Negative Likelihood Ratios (LR⁻) เท่ากับ 0.6 ความชุกของการศึกษาครั้งนี้เท่ากับร้อยละ 73.82

การประเมินประสิทธิภาพของตัวแบบ

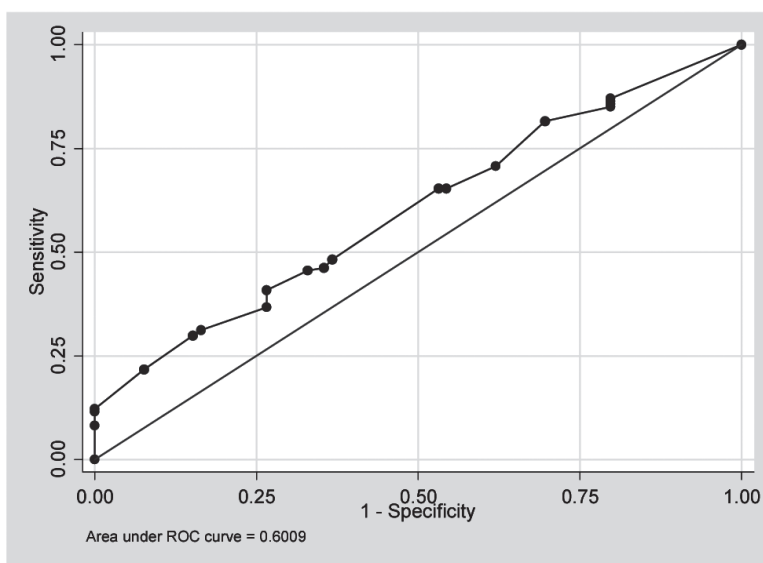
1) ทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบกับข้อมูลชุดทดสอบ พบว่าตัวแบบมีความเหมาะสม (Pearson chi-square: p-value = 0.1 และ Hosmer-Lemeshow chi-square: p-value = 0.3)

2) การทดสอบความสามารถในการทำนายประสิทธิภาพการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัส พิจารณาจากพื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (ROC Curve) มีค่าเท่ากับ 0.60

ดังภาพที่ 2 ซึ่งสามารถทำนายได้ในระดับน้อย เพียงร้อยละ 60.1 (95%CI: 52.6–67.6) ณ จุดตัด ≥ 0.710 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 31.76 (95%CI: 25.7–37.8) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 83.5 (95%CI: 78.7–88.4) ค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 49.8 (95%CI: 43.1–56.5) ค่าทำนายผลบวก (PPV) ร้อยละ 78.3 (95%CI: 73.0–83.7) ค่าทำนายผลลบ (NPV) ร้อยละ 39.5 (95%CI: 33.2–45.9) Positive Likelihood Ratios (LR⁺) เท่ากับ 1.2 และ Negative Likelihood Ratios (LR⁻) เท่ากับ 0.3

สรุปและอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าโครงการ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในกลุ่มอายุ 30–44 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด และก่อนเข้าโครงการผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะติดเชื้อไม่มีอาการ ซึ่งคล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(9,10) ในด้านการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยกินยาต้านไวรัสมาก่อน ไม่เคยมีประวัติติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนามิกา มากจู้ย⁽¹¹⁾ และ พวงทอง อินใจ⁽⁹⁾



ภาพที่ 2 พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (ROC Curve) ของชุดข้อมูลทดสอบ

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานนาน 6 เดือนขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพบว่าระดับ CD4 มีค่าเพิ่มขึ้น ไม่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสและมีค่า Viral load ลดลง < 50 copies/ml. ผลดังเช่นการศึกษาอื่น ๆ^(12,13) แต่มีความแตกต่างในเรื่อง Adherence ที่การศึกษานี้ใช้ Cut-off point = 100% เนื่องจากการพิจารณาข้อมูลพบว่า ค่ามัธยฐานของ Adherence เท่ากับ 100%

ด้านประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส พบว่าหลังการรักษา 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่า Viral load < 50 copies/ml. และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการรักษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 เพิ่มขึ้น > 100 cell/mm³ ซึ่งคล้ายกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ^(9,14,15)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการรักษาในตัวแทนสุดท้าย ประกอบด้วย ตัวแปรเพศ ประเภทสูตรยาต้านไวรัส Adherence (Cut-off point = 100%) และระดับ CD4 ก่อนรักษา และพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อไวรัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ทั้งนี้ในผลการศึกษาอื่นก็พบว่านำตัวแปรเพศและ Adherence มาสร้างสมการทำนายเช่นเดียวกัน⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

ตัวแบบมีความสามารถในการทำนายในระดับน้อยเพียงร้อยละ 64.3 อย่างไรก็ตามจากคุณสมบัติของเครื่องมือ ณ จุดตัด ≥ 0.710 แสดงให้เห็นว่า ตัวแบบมีความไวปานกลาง สามารถทำนายผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลดีได้ร้อยละ 76.1 ด้านความถูกต้อง ตัวแบบนี้สามารถทำนายผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลการรักษาที่ดีและไม่ดีได้ถูกต้องปานกลาง ด้านการทำนายผลบวกมีค่าสูง แสดงว่า มีความน่าจะเป็นสูงในการทำนายผู้ป่วยที่มีประสิทธิผลการรักษาดีจริง ทั้งนี้พบว่าค่า LR^+ และ LR^- ต่ำ ซึ่งอาจมีประโยชน์น้อยหากใช้ในการวินิจฉัยรักษา แต่เหมาะสมในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองประสิทธิผลการรักษา มากกว่า และเนื่องจากตัวแปรในตัวแบบทำนายบางตัวมีค่า $p\text{-value} > 0.05$ ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ทำให้ตัวแบบทำนายมีประสิทธิภาพการทำนายต่ำ

เมื่อนำไปทดสอบกับชุดข้อมูลทดสอบ พบว่าตัวแบบมีประสิทธิภาพในการทำนายในระดับน้อย พบว่าคุณสมบัติของเครื่องมือมีค่าใกล้เคียงกับชุดข้อมูลสร้างตัวแบบ แต่มีค่าความไวน้อยกว่า พบว่า กราฟทั้งสองชุดมีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ของชุดข้อมูลสร้างตัวแบบจะสูงกว่าเล็กน้อย เหตุที่กราฟยังไม่สูงเท่าที่ควร เนื่องจากตัวแปรที่ศึกษามีจำกัดเฉพาะในฐานข้อมูลโปรแกรม NAP เท่านั้น ซึ่งยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา แต่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมด้วยได้

ข้อดีและข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อดีในการศึกษาครั้งนี้คือการนำข้อมูลจาก NAP ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งยังไม่ได้นำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ นำมาดำเนินการผ่านระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมเพื่อให้ข้อมูลที่มีอยู่ถูกนำมาใช้ประโยชน์สำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการรักษาโรคเอดส์ แต่มีข้อจำกัดคือ ตัวแปรที่นำเข้ามาวิเคราะห์ ถูกจำกัดเฉพาะตัวแปรที่อยู่ในฐานข้อมูลนี้เท่านั้น และบางตัวแปรพบว่ามีความผันแปรของข้อมูลต่ำ

ข้อเสนอแนะ

ตัวแบบทำนายประสิทธิผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ได้ ถึงแม้จะพบว่ามีความเหมาะสมดี แต่ความสามารถในการจำแนกต่ำ น่าจะเป็นเพราะว่ายังมีตัวแปรอื่นที่ควรนำเข้ามาศึกษาด้วย เช่น โรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ยาชนิดอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยกินร่วมกับยาต้านไวรัสเอดส์ การดื้อยา การได้รับยาลดไขมันในเลือด การเปลี่ยนสูตรยาขณะรักษา ชนิดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การดูแลสุขภาพตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และควรศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยกินยาให้นานขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลบางส่วนจึงอาจไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงควรตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และควรศึกษาแบบเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและมีความครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องหลายท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการวิจัยจนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ช่วยประสานงานและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. คู่มือการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ [ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th>.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์; 2555.
4. บุรพา ปุสธรรม, เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์. ความชุกและปัจจัยต่อการรักษาลมเหลวในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีในโครงการ NAPHA/NAP ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2553;9: 45-51.
5. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
6. Hosmer DW Jr, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. New York: A Wiley-Interscience Publication; 2000.
7. วิศัลย์ มูลศาสตร์, นฤภัค บุญฤทธิ์ภัทร์, ศวิตา อีสสอาด. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะล้มเหลวทางไวรัสขณะได้รับยา Lopinavir/ritonavir ในผู้ป่วยวัยรุนแรง สถาบันบำราศนราดูร. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2556; 52: 61-9.
8. Hsieh FY, Block DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17: 1623-34.
9. พวงทอง อินใจ. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ [ปริญญาณิพนธ์วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
10. ธัญรัตน์ อุทธิจันทร์, นพตล ไพบุญสิน, นิมมอนงค์ ไทยเจริญ, ชนิษฐา เกิดศรี, นงลักษณ์ สมจิตร. ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ในเขตภาคใต้ตอนล่าง. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา/มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
11. อนามิกา มากจ้อย. การใช้ยาในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
12. ทิพวรรณ วงเวียน. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยนอกติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
13. นงลักษณ์ เกษม. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวซีดี 4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้าน

ไวรัส [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.

14. นกอดล เสรีรัตน์. การประเมินผลการรักษาด้วยค่า
ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (CD4) เทียบกับ
ค่าปริมาณเชื้อเอชไอวี (Viral load) และการใช้
ปริมาณเชื้อเอชไอวีในการติดตามเพิ่มประสิทธิภาพ
การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในคลินิกยาต้าน
ไวรัส. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2551;
1: 26-37.
15. Hofer CB, Schechter M, Harrison LH. Effectiveness
of antiretroviral therapy among patients who attend
public HIV clinics in Rio de Janeiro, Brazil. J Acq
Immun Def Synd 2004; 36: 967-71.
16. จิตติมาวุฒิอิน. การติดตามการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์
ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี [ปริญญาเภสัชศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก]. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
17. Cardoso SW, Luz PM, Velasque L, Torres T,
Coelho L, Freedberg KA, et al. Effectiveness of
first-line antiretroviral therapy in the IPEC cohort,
Rio de Janeiro, Brazil. AIDS Res Hum Retrov
2014; 11: 1-10.
18. Chkhartishvili N, Rukhadze N, Svanidze M,
Sharvadze L, Dehovitz J A, Tsertsvadze T, et al.
Evaluation of multiple measures of antiretroviral
adherence in the Eastern European country of
Georgia. J Int AIDS Soc 2014; 17: 1-10.

รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่

โดยทีม SRRT ระดับตำบล

ตำบลก่ำฟ้า อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Model of Leptospirosis surveillance scheme by the sub-district SRRT team, Kumpe sub district, Borabue district, Mahasarakarm province

ประเสริฐ ไหลหาโคตร ส.ม. (สาธารณสุข)

Prasert Laihakhot M.P.H. (Public Health)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ

Borabue Public Health Office

บทคัดย่อ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อ สายพันธุ์และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรง หรือถึงขั้นเสียชีวิต การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล พฤติกรรมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลก่ำฟ้า และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบวัด และแบบบันทึกการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้ Paired sample t- test การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสังเกต การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล ตำบลก่ำฟ้า อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วย 15 ขั้นตอน ส่งผลให้ทีม SRRT ระดับตำบล มีแนวทางการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส การปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความพึงพอใจในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง มีปัจจัยความสำเร็จคือ “PRASERT” และรูปแบบการดำเนินงานคือ “KUMPE MODEL”

โดยสรุป รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ โดยทีม SRRT ระดับตำบล เป็นความร่วมมือกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ทุนและบริบทของพื้นที่ มาเป็นองค์ประกอบสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในที่สุด

คำสำคัญ: ทีม SRRT ระดับตำบล โรคเลปโตสไปโรซิส

Abstract

Leptospirosis is an infection caused by Bacteria which are transmitted by variety of animals. The severity of symptom varies on pathogen serovar and infectious dose. Symptom can range from none, mild, and severe to death. This research aimed to investigate the context and problem in the area, model of Leptospirosis surveillance scheme by Sub-District SRRT team, behavior of networks on disease surveillance, and factors related to the operational achievement on disease surveillance. Samples were 50 persons who were community leaders, public health volunteers, members of Kumpe Sub-District Administrative Organization, and family health leaders. The research tools for data collection consisted of a testing form, a questionnaire, a measurement form, and an operation record form. The quantitative data was analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired sample t-test was used to compare the mean difference between pre-and post-intervention. Observation, group interview, and focus group discussion were used for qualitative data collection. Content analysis was used to analyze qualitative data.

Research result found that model of Leptospirosis surveillance scheme by Sub-District SRRT team in Kumpe Sub-District, Borabue District, Mahasarakarm Province consisted of 15 steps. The pattern resulted in the team could generate the Leptospirosis surveillance guidelines in the area. Comparing between pre and post scores of Leptospirosis knowledge, practice in the Leptospirosis surveillance, and community participation in the Leptospirosis surveillance found that knowledge, practice, and community participation in the Leptospirosis surveillance scheme were significantly statistical increased ($p < 0.001$). Level of satisfaction in the Leptospirosis surveillance scheme was high. Factors related to operational achievement was “PRASERT” and “KUMPE MODEL” was generated as the operational model.

In conclusion, model of Leptospirosis surveillance scheme by the Sub-District SRRT team was the cooperation between stakeholders in sharing and learning knowledge together based on contexts and capitals of the area. Area contexts and capitals were applied as the supporting elements, which were finally led to the generating of the effective surveillance model.

Keywords: the Sub-District SRRT team, Leptospirosis

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อมาจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อ (serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการมีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรง หรือถึงขั้นเสียชีวิต

การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสคือการป้องกันการสัมผัสระหว่างปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกับบุคคล ส่วนมากเกิดจากการประพัตติปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันการ

เกิดโรค รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับหลักการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่ถูกต้องและที่สำคัญคือประชาชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารต้องนำไปปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁾

ในประเทศไทย มีอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 คือ 6.66 8.57 7.76 6.71 6.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555

คือ ร้อยละ 1.73 1.17 1.26 1.64 1.45 ตามลำดับ⁽²⁾ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับคือ 35-44 ปี (20.26 %) อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรมร้อยละ 54.20 พบผู้ป่วยสูงสุดในระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน ของทุกปี ตำบลก่ำฟ้า อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 คือ 0 30.72 46.11 30.94 15.38 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตในปี 2555 จำนวน 1 ราย⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ในเขตพื้นที่ ตำบลก่ำฟ้า ปี 2555 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.50 มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.50 และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.50 นอกจากนี้ ยังพบว่าการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค เลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ ไม่มีรูปแบบหรือเครือข่ายการ เฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน ในด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่า โดยส่วนใหญ่มีการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวของ หมู่บ้าน ปีละ 1 - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.00

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในพื้นที่ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใน 4 ด้าน พบสาเหตุดังนี้ ในด้านของคน แบ่งสาเหตุออกเป็นสองส่วน คือในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่ายังขาดทักษะทางระบาดวิทยาขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง ในส่วนประชาชนพบว่า ขาดความรู้ มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ในด้านระบบและวิธีการดำเนินการ พบว่าขาดระบบและเครือข่ายเฝ้าระวังโรคที่ดี ขาดการมีส่วนร่วมในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีลำน้ำเสียไหลผ่านกลางตำบล มีน้ำขังตลอดทั้งปีมีพญาหงษ์หนาแน่นทำให้มีสัตว์นำโรคชุกชุม สภาพแวดล้อมในหมู่บ้านไม่สะอาด ในด้านงบประมาณและทรัพยากร พบว่าไม่มีโครงการดำเนินการที่ชัดเจน

การสร้างภาคีเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล (surveillance and rapid response team: SRRT) โดยใช้หลักในการทำงาน 3ร⁽⁴⁾ ได้แก่ รู้เร็ว แจ้งเร็วและควบคุมเร็วจะส่งผลให้มีการ

ดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสที่มีประสิทธิภาพ สามารถตรวจจับเหตุการณ์การป่วยหรือตายที่ผิดปกติ การแจ้งข่าวที่รวดเร็ว จะส่งผลให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลา ส่งผลให้ลดอัตราป่วยและอัตราป่วยตายได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล ตำบลก่ำฟ้า อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการ ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT เครือข่ายระดับตำบล แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ ร่วมกับ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ การตัดสินใจ ออกแบบวางแผนหาแนวทางแก้ปัญหา ร่วมดำเนินงานประเมินผล ทำให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ที่เกิดจากปัญหาและความต้องการของชุมชน ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยน ประสพการณ์ร่วมกัน และนำผลที่ได้มาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ โดยทีม SRRT ระดับตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล ตำบลก่ำฟ้า อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหา

2.2 เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล

2.3 เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล

วิธีดำเนินงาน

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽⁵⁾ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ในลักษณะวงจร 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ในตำบลกำพี้ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 15 หมู่บ้าน จำนวนทั้งหมด 618 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลกำพี้ และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่มีความสมัครใจและเสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่ม จำนวน 50 คน

1.3 พื้นที่ทำการวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง คือ ตำบลกำพี้ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบไปด้วย 15 หมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ คือ เป็นตำบลที่มีอุบัติการณ์ความชุกโรคเลปโตสไปโรซิสสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานในรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล

2.2 ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบไปด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร แบบทดสอบความรู้ แบบวัดการปฏิบัติ และแบบวัดการมีส่วนร่วม

2) แบบสอบถามชุดที่ 2 ประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทางประชากร และแบบวัดความพึงพอใจ

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกต แบบรายงาน การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยศึกษาค้นคว้าเนื้อหาในเอกสาร ตำรา รวมทั้งทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากทฤษฎี ตำรา ข้อบังคับ ระเบียบแผนการปฏิบัติงานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยวางแผนการสร้างแบบสอบถาม

3. สร้างและปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

4. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องโดยมีค่าดัชนี IOC โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item - objective congruence: IOC) ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC แต่ละข้อตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้อง นำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง⁽⁶⁾ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือตำบลกำพี้ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน แล้วนำมาวิเคราะห์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) ด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่า (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2) ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

3) ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

4) ด้านความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 โดยมีขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) การวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำรา รวบรวมความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสานงานกับหน่วยงาน และประชุมบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การยอมรับการดำเนินการวิจัย ศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ประชุมประชาคมแกนนำและประชาชนในชุมชนเพื่อค้นหาและวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน ประชุมจัดทำแผนเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล

2. ขั้นการปฏิบัติการตามแผน (Action) ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ดำเนินการตามแผน

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สรุปลงและประเมินผลดำเนินงานจากการสังเกต สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ประชุมกลุ่มย่อย เก็บรวบรวมผลการดำเนินงานที่ได้จากแผนงานกิจกรรม

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยการจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนผลการพัฒนา ถอดบทเรียนเพื่อวิเคราะห์ และร่วมสรุปผลการดำเนินงานและเสนอแนะต่อการดำเนินงาน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูลคือบุคคล วิธีการเก็บได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การประชุมกลุ่มย่อย ผู้ให้ข้อมูลหลักคือกลุ่มตัวอย่างการสังเกต (Observation) ในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆของกระบวนการวิจัย วิธีบันทึกข้อมูล คือการจดบันทึก บันทึกภาพ

การจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล

1. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลดังนี้

1.1 การวัดความรู้ เป็นชุดคำถามความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสจำนวน 20 ข้อ การแปลผลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ ของ Bloom⁽⁷⁾

1.2 แบบวัดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์วัดเป็น 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน อ้างอิงมาจาก มาตรวัดของลิเคิร์ท (likerts scale) การแปลผลระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์⁽⁸⁾

1.3 แบบวัดการมีส่วนร่วม ของผู้ร่วมวิจัยต่อการดำเนินงาน เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ด้านการวางแผนแก้ไข ปัญหา ด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหา ด้านการได้รับประโยชน์จากการแก้ไขปัญหา และด้านการประเมินผล สร้างตามแบบการวัดของลิเคิร์ท (likerts scale) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ การแปลผลระดับการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 5 ระดับโดยยึดหลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ ตามแนวคิดของเบสท์

1.4 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัยต่อรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ โดยทีม SRRT ระดับตำบล สร้างตามแบบวัดของ ลิเคิร์ท (likerts scale) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ การแปลผลระดับความพึงพอใจของผู้ร่วมวิจัย แบ่งเป็น 5 ระดับโดยยึดหลักการแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยใช้หลักการแจกแจงแบบปกติเป็นเกณฑ์ ตามแนวคิดของเบสท์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงประมาณ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอในรูปแบบตารางจำนวนการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ paired sample t- test กำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย การบันทึกภาคสนาม การสังเกตและแบบบันทึกการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ มารวบรวมและวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล ตามความเป็นเหตุเป็นผล (content analysis)

ผลการศึกษา

ตำบลคำพิ๋ แบ่งเขตการปกครองเป็น 15 หมู่บ้าน จำนวน 1,549 หลังคาเรือน มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 98 รายได้เฉลี่ยต่อคน 30,000 บาท/คน/ปี ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 6,536 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแรงงาน (ช่วงอายุ 40-44 ปี และ 35-39 ปี) ร้อยละ 8.20 และ 7.52 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง มีบุคลากรทั้งหมด 8 คน มีทีมกู้ชีพตำบล 1 ทีม ประชากรสามารถเข้าถึงระบบบริการและได้รับการดูแลครบถ้วนทุกคน โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก ในปี 2556 ได้แก่ อุจจาระร่วง ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ไข้เลือดออก โรคมือ เท้า ปากและโรค

เลปโตสไปโรซิส ตามลำดับ มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติกระจายอยู่ทั่วทั้งตำบล ประกอบไปด้วยหนองน้ำสาธารณะขนาดใหญ่ จำนวน 17 แห่ง ลำห้วยซึ่งมีน้ำขังตลอดทั้งปี 2 สาย มีบ่อน้ำของประชาชนที่ได้ขุดไว้ใช้ในการทำปศุสัตว์และการเกษตรอีก 451 บ่อ การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ไม่มีรูปแบบหรือเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากขาดภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ขาดความรู้ ขาดการทำงานเป็นทีม หน่วยงานขาดการทำงานแบบบูรณาการ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน และไม่มีรูปแบบโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงมีการกำหนดเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคร่วมกัน คือ ประชาชนทุกคนต้องได้รับการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส โดยทีม SRRT ระดับตำบลที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การค้นพบผู้ป่วยการแจ้งข่าวและควบคุมโรคที่รวดเร็ว สามารถลดอัตราป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสได้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดย ทีม SRRT ระดับตำบล จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน (n=50)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		19	38.00
หญิง		31	62.00
อายุ			
ต่ำกว่า 20 ปี		2	4.00
21 – 30 ปี		12	24.00
31 – 40 ปี		20	40.00
41 – 50 ปี		8	16.00
51 – 60 ปี		7	14.00
61 ปีขึ้นไป		1	2.00
$\bar{X} = 47$ ปี (S.D = 10.13 ปี)			
สถานภาพสมรส			
โสด		2	4.00
คู่		45	90.00
หม้าย / หย่า / แยก		3	6.00
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียน		1	2.00
ประถมศึกษา		19	38.00
มัธยมศึกษาตอนต้น		5	10.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย		23	46.00
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา		2	4.00
ปริญญาตรี		0	0
สูงกว่าปริญญาตรี		0	0
อาชีพ			
เกษตรกรรวม		33	66.00
รับจ้าง		7	14.00
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว		5	10.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ		3	6.00
ไม่ได้ทำงาน		0	0
อื่นๆ		2	4.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดย ทีม SRRT ระดับตำบล จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=50)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	25	50.00
5,000 – 10,000 บาท	20	40.00
10,001 – 20,000 บาท	3	6.00
20,001 – 30,000 บาท	1	2.00
30,001 บาทขึ้นไป	1	2.00
ตำแหน่งปัจจุบันทางบทบาทสังคม		
ผู้บริหาร อบต.	0	0
พนักงานส่วนท้องถิ่น	0	0
แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	35	70.00
สมาชิก อบต.	3	6.00
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	4	8.00
อาสาสมัครสาธารณสุข	8	16.00
อื่นๆ	0	0
เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ไม่เคย	1	2.00
เคย	49	98.00
หออกระจายข่าว	36	72.00
วิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์	22	44.00
การอบรมให้ความรู้จาก จนท./องค์กรเอกชน	35	70.00
อื่นๆ	1	2.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดย ทีม SRRT ระดับตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.00) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.00) รองลงมา อายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 24.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.00) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 6.00) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 46.00) รองลงมา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 38.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.00) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 14.00)

มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 40.00) มีตำแหน่งทางสังคมเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ร้อยละ 70.00) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 16.00) ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส (ร้อยละ 98.00) ได้รับข้อมูลทางหออกระจายข่าว (ร้อยละ 72.00) และจากการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ของรัฐ/องค์กรเอกชน (ร้อยละ 70.00)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดย ทีม SRRT ระดับตำบล ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง

พฤติกรรม ผู้เกี่ยวข้อง รายด้าน	ก่อนการพัฒนา (n=50)		หลังการพัฒนา (n=50)		t-test	p-value	95 %CI	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			low	up
ความรู้	9.28	2.81	18.26	1.08	20.61	<0.001*	8.10	9.86
การปฏิบัติตัว	1.88	0.39	2.74	0.44	10.03	<0.001*	0.69	1.03
การมีส่วนร่วม	2.92	0.27	3.94	0.51	13.00	<0.001*	0.86	1.18

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนามีความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปฏิบัติบางครั้ง หลังการพัฒนาผู้เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนามีความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจหลังการพัฒนาผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 62.00 รองลงมา มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 26.00 และโดยรวมมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก

ผลการดำเนินงานของเครือข่ายสมาชิกทีม SRRT ระดับตำบล โดยใช้แนวทางและระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ขึ้นในชุมชน สมาชิกทีม SRRT ระดับคุ้ม จะได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ในทันทีจากแหล่งข่าวในชุมชน จากนั้น กระบวนการเฝ้าระวังโรค การแจ้งรายงานโรคและการออกตรวจสอบเหตุการณ์ จะมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. สมาชิก ทีม SRRT ระดับคุ้มจะต้องออกดำเนินการตรวจสอบการเจ็บป่วยภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังได้ทราบข่าว โดยใช้เครื่องมือในการตรวจสอบคือแบบเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิสของทีม SRRT ระดับตำบลกำพี้ หากตรวจสอบแล้วพบว่าผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส คือมีคะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนนขึ้นไป สมาชิกทีม SRRT ระดับคุ้มจะต้องแจ้งไปยังหัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้านหรือศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ระดับหมู่บ้านภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังพบคนป่วย

2. หัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้านเมื่อได้รับการแจ้งข่าวจากสมาชิกทีม SRRT ระดับคุ้มจะต้องลงบันทึกในทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสของหมู่บ้าน

3. หัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้านเมื่อบันทึกทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสของหมู่บ้านเสร็จแล้ว จะต้องลงตรวจสอบเหตุการณ์ร่วมกับสมาชิกทีม SRRT ระดับคุ้มที่แจ้งข่าว

มาภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังรับแจ้งข่าวจากสมาชิกทีม SRRT ระดับคุ้ม

4. เมื่อหัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้านลงตรวจสอบเหตุการณ์แล้วพบว่าผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส หัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้าน จะต้องแจ้งรายงานการเกิดผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ที่ผิดปกติระดับตำบลภายในเวลา 1 ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วย

5. ศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ที่ผิดปกติระดับตำบล เมื่อได้รับการแจ้งข่าวจากหัวหน้าทีม SRRT ระดับหมู่บ้าน จะต้องลงบันทึกในทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาว และรายงานลงทะเบียนแจ้งข่าวส่วนกลาง (ออนไลน์) หลังจากนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาวจะต้องลงตรวจสอบเหตุการณ์ร่วมกับสมาชิกทีม SRRT ระดับหมู่บ้านและคุ้มที่แจ้งข่าวมาภายในเวลา 2 ชั่วโมงหลังได้รับการแจ้งข่าว

6. เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาว ลงตรวจสอบเหตุการณ์แล้วพบว่าผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิสจะต้องประเมินผู้ป่วยแล้วส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลบรบือ โดยใช้บริการ 1669 โรงพยาบาลบรบือเมื่อรับคนไข้เข้าทำการรักษา หากแพทย์ได้ตรวจและทำการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา จะทำรายงานโรคแจ้งมาที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือจะแจ้งรายงานการเกิดโรคไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาว

7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาว เมื่อได้รับรายงานการเกิดโรคจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จะต้องดำเนินการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป โดยกิจกรรมดำเนินการของหน่วยงานต่าง ๆ ถือปฏิบัติตามมาตรการในการซ่อมแผนป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

จากการดำเนินงานพบว่า มีจำนวนเหตุการณ์

ทั้งหมด 19 เหตุการณ์ รายงาน 16 เหตุการณ์ คิดเป็นอัตราความครบถ้วนของการรายงานร้อยละ 84.21 ความทันเวลาของการแจ้งข่าวร้อยละ 100 ความทันเวลาการตรวจสอบเหตุการณ์ในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่ายาวร้อยละ 81.25 ไม่พบผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส ในด้านการดูแลครอบคลุมพื้นที่ มีอัตราส่วนสมาชิกทีม SRRT ตำบล 1 คนต่อ 14.49 หลังคาเรือน

ในการศึกษครั้งนี้ เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในทุกขั้นตอน โดยมีการบูรณาการ การสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานกิจกรรม และแบ่งปันทรัพยากรในพื้นที่อย่างเพียงพอตามบริบทของพื้นที่ มีภาคีเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล ที่มีศักยภาพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา ดำเนินการครอบคลุมจำนวนหลังคาเรือนและประชาชนในพื้นที่ในจำนวนที่เหมาะสมโดยสมาชิกทีม SRRT ระดับตำบล 1 คน รับผิดชอบหลังคาเรือนประมาณ 10 – 15 หลังคาเรือน มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรค การค้นหา การแจ้งข่าว การตรวจสอบเหตุการณ์ การควบคุมโรคและมีระบบการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยที่ดี มีศูนย์รับแจ้งข่าวเหตุการณ์ที่ผิดปกติระดับตำบลที่มีความพร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลา มีข้อมูลที่ทันสมัย มีการนำเสนอข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่ มีระบบการสื่อสารและการประสานงานในทีมภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้ประชาชนได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง มีทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามและให้คำแนะนำกับสมาชิกทีม SRRT ระดับตำบล ในหมู่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการยกย่อง เชิดชูเกียรติให้กับสมาชิกที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานซึ่งประกอบด้วย 15 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่และการเตรียมความพร้อม
- 2) การประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา

3) การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม

4) การบูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาาร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่

5) การแต่งตั้งคณะกรรมการให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน

6) การจัดโครงสร้างระบบเฝ้าระวังโรค

7) การกำหนดแนวทางและกระบวนการเฝ้าระวังโรค

8) การสร้างทีม SRRT ระดับตำบล

9) การอบรมการป้องกันและควบคุมโรค

10) การอบรมความรู้ เข้าใจบทบาทหน้าที่ และทักษะในการปฏิบัติงาน

11) การซ่อมแผนการเฝ้าระวังโรค

12) การรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้าน

13) การประชาสัมพันธ์

14) การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับตำบล นิเทศติดตามการดำเนินงาน

15) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและการทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นหารูปแบบและปัจจัยความสำเร็จ โดยมีการกำหนดประเด็นที่สำคัญจากกระบวนการวิจัยในแต่ละชั้น ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) เป็นการประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค การศึกษาบริบทของพื้นที่ การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นการค้นหา วิธีการแนวทางในการแก้ไขปัญหา มีการสรุปแนวทางแก้ไขปัญหามาเพื่อไปสู่การปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ขั้นตอนนี้หน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วนในพื้นที่ จะต้องร่วมมือกันในการวางแผนงานและต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันโดยประชาชนในพื้นที่ต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอน อันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน คำสำคัญในประเด็นนี้คือ “มุ่งสู่ความเป็นเอกภาพ (Unity : U)” และ “การมีส่วนร่วม (Participation: P)”

2. ขั้นปฏิบัติการตามแผน (Action) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค การสร้างเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล การจัดทำโครงสร้างการทำงานของทีมเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน มีศูนย์รับแจ้งเหตุการณ์ที่ผิดปกติในพื้นที่ใช้เป็นศูนย์ข้อมูลและคอยตรวจสอบข่าวที่ได้รับการแจ้งและประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังโรค การแจ้งรายงานโรคและการออกตรวจสอบเหตุการณ์ที่ชัดเจน คำสำคัญในประเด็นนี้คือ “จัดการที่ดี (Management: M)” ในส่วนการอบรมภาคีเครือข่าย ให้มีความรู้เข้าใจการป้องกันและควบคุมโรค ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และมีทักษะในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค มีการฝึกปฏิบัติโดยการซ่อมแผนการเฝ้าระวังโรคในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของทีมเพื่อให้สามารถลงไปปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำสำคัญในประเด็นนี้คือ “มีความรู้ (Knowledge: K)”

3. การสังเกตการณ์ (Observation) กิจกรรมที่ดำเนินการคือ มีทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงานของทีม SRRT ระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และแนะนำวิธีการทำงานให้ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อส่งเสริมการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) การจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน ร่วมค้นหาปัจจัยความสำเร็จและเสนอแนะในขั้นตอนนี้ทำให้ได้รับรู้ถึงผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จร่วมกัน แสดงถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพ คำสำคัญในประเด็นนี้คือ “ได้ผลงานดี (Effectiveness: E)”

สรุปรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล ตำบลคำพิ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคามคือ “มีความรู้ มุ่งสู่ความเป็นเอกภาพ จัดการที่ดี การมีส่วนร่วม ได้ผลงานดี” หรือ KUMPE MODEL “Knowledge Unity Management Participation Effectiveness”

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ พบ 7 ประเด็น คือ PRASERT ประกอบด้วย

1) “กระบวนการพัฒนาคุณภาพ” (Process quality: P) คือ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน รวม 15 ขั้นตอน

2) “การแบ่งปันทรัพยากร” (Resource Sharing: R) คือ มีการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน การบูรณาการ จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันของหน่วยงาน และองค์กรในพื้นที่

3) “การยกย่องชมเชย” (Appreciation: A) คือ การยกย่องชมเชย การให้รางวัล การสร้างขวัญกำลังใจ ให้ทีม SRRT ระดับตำบลในการปฏิบัติงาน

4) “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมดำเนินการ” (Stakeholders: S) คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนในพื้นที่ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ทุกขั้นตอน

5) “การเฝ้าระวังเหตุการณ์” (Event-based-surveillance: E) คือ มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ สามารถตรวจจับเหตุการณ์ในกรณีมีผู้ป่วยเกิดขึ้น ในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

6) “การแจ้งข่าวและตรวจสอบที่รวดเร็ว” (Report and rapid response: R) คือ มีการรายงานแจ้งข่าวและการตรวจสอบเหตุการณ์ที่รวดเร็ว

7) “การฝึกอบรม” (Training: T) คือ มีการพัฒนาสมรรถนะศักยภาพของทีมงานให้มีความพร้อมในการดำเนินงานทั้งในด้านการทฤษฎี การฝึกปฏิบัติและการซ้อมแผนภาคสนาม เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล ตำบลคำพิ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งยังไม่เคยมีรูปแบบการดำเนินงานมาก่อน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนในลักษณะ วงรอบ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) ขั้นตอนการปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

(Reflection) ซึ่งดำเนินการ 1 วงรอบ โดยพบว่า รูปแบบที่ได้ ประกอบด้วย 15 ขั้นตอนซึ่งมีจุดเด่นในการดำเนินงานคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน และมีการคืนข้อมูลให้กับชุมชน เป็นกระบวนการที่ง่าย ไม่ซับซ้อนและสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้และขยายผลในการแก้ไขปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสได้ในพื้นที่ซึ่งมีบริบทที่เหมือนกัน โดยสามารถปรับลดขั้นตอนรูปแบบการดำเนินงานลงตามบริบทของพื้นที่ที่จะนำไปใช้ 11 ขั้นตอน ประกอบไปด้วย 1) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่และการเตรียมความพร้อม 2) การประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ 3) การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม 4) การจัดโครงสร้างระบบและแนวทางกระบวนการดำเนินงาน 5) การสร้างเครือข่ายทีม SRRT ระดับตำบล 6) การอบรมความรู้และบทบาทหน้าที่ทักษะในการปฏิบัติงาน 7) การซ้อมแผนป้องกันและควบคุมโรค 8) การรณรงค์ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม 9) การประชาสัมพันธ์ 10) ทีมที่เลือกออกนิเทศติดตามการดำเนินงาน 11) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา มีความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส โดยทีม SRRT ระดับตำบล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา ไพจิตร⁽⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า หลังจากการดำเนินงานให้สุศึกษาตามรูปแบบที่พัฒนาแล้ว กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของจิราพร พลหงษ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตำบลธาตุทอง อำเภอกุฉินารายณ์

จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แตกต่างจากก่อนการทดลอง และ จำรูญ อสีพงษ์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีส่วนร่วมดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ปัญหา ด้านการวิเคราะห์ปัญหา ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านติดตามประเมินผล และพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสเพิ่มขึ้น ทั้งนี้มาจากการที่ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอนและได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมและสร้างทักษะในการปฏิบัติงานโดยการซ้อมแผน มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมถึงการออกนิเทศติดตามให้คำแนะนำและร่วมแก้ไขปัญหาลุ่บหลุมที่เกิดขึ้นจากทีมพี่เลี้ยงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมความมั่นใจในการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การที่จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ วิทยากรประจำกลุ่ม ต้องมีประสบการณ์ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ และหาวิธีการที่เหมาะสมในการกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำแนวทางรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่โดยทีม SRRT ระดับตำบล จากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่นๆที่มีบริบทแตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ อาจารย์ ดร. ชานูชัยณรงค์ ทรงศาศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์อาจารย์ ดร.สุพัตรา วัฒนเสน ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ นายเฉลิมศักดิ์ สีตาพล สาธารณสุขอำเภอบรบือ นายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ และสนับสนุนทีมวิทยากร ในการอบรมให้ความรู้โรคเลปโตสไปโรซิส

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป. คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2544.
2. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. ใน รายงานประจำเดือนสิงหาคม 2556: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2556.
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. ใน รายงานประจำเดือนธันวาคม 2555: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือจังหวัดมหาสารคาม; 2555.
4. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2555.
5. งามอาจ นัยพัฒน์. การออกแบบการวิจัยวิธีการเชิงปริมาณเชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2554.

7. Bloom. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mcgraw – Hill;1971.
8. สุ่มทนา กลางคาร วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์ – สารคามเปเปอร์; 2553.
9. ชลธิชา ไพจิตต์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขา สุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.
10. จิราพร พลหงส์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตำบลธาตุทอง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546.
11. จำรูญ อสิพงษ์. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้การจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

The development of community leaders potential in colorectal cancer
protection to promote early detection system at
Phanomphrai sub-district, Phanomphari district, Roi-et province

นිරนุช เสียงเลิศ ส.ม.(สาธารณสุข)

Neeranoot Sianglerd, M.P.H. (Public Health)

โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดยโสธร

Phanomphrai Hospital, Roi-et Province

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอีกหนึ่งชนิดที่ควรได้รับการแก้ไข ซึ่งอำเภอพนมไพร พบอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงถึง 11.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ระดับประเทศ การป้องกันและแก้ไขก่อนเกิดโรคหรือก่อนระยะลุกลามจึงเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัว) และศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ร่วมกับการสร้างและใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาดำเนินการศึกษา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประธาน อสม. และ อสม. จำนวน 57 คน เลือกพื้นที่แบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2556 – พฤษภาคม 2557 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงแบบทดสอบความรู้อยู่ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 และหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบด้านทัศนคติและการปฏิบัติตัวโดยวิธีการของ ครอนบาช (Cronbach's Method) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.76 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบติดตามประเมินโครงการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าหลังการพัฒนาแกนนำชุมชน มีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เกิดโครงการ 4 โครงการ 1 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย 2) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลายพฤติกรรมเสี่ยง 3) โครงการหอกระจายข่าวเตือนภัยทางไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4) โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 5) กิจกรรมพัฒนาทักษะจิตอาสาสมัครให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการพัฒนาทักษะแกนนำชุมชนด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เกิดการเรียนรู้การวางแผนชุมชนสู่โครงการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและยุทธศาสตร์การพัฒนาของพื้นที่ ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานในระดับชุมชนส่งผลต่อการสร้างความตระหนักของกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกเริ่ม

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมป้องกันโรคอื่นๆ เพื่อให้เกิดแกนนำที่มีศักยภาพนำสู่ การปฏิบัติที่เชื่อมโยงสภาพปัญหาด้านสุขภาพ นโยบาย และการพัฒนา อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

Abstract

Currently, the cancer is a major problem that should be prevent at national level. Colorectal cancer is one of the situation that should be corrected. The incidence of Colorectal cancer in Phanomphari District, Roi-et Province is 11.5 per hundredthousand population, which higher than the Nation incidence. The prevention and early detection disease are important. The purpose of this action research were to develop of Community Leaders's potential (knowledge, attitude and practice) in colorectal cancer prevention and the result of Strategic Route Map. The study was conducted from December 2013 to May 2014. A sample of 57 cases were drawn from Phanomphrai sub-district, Phanomphrai district, Roi – et province, using a purposive sampling method. The quantitative data were collected by questionnaire which analyzed using Paired t-test. The qualitative data were collected by focus group of discussion, participant observation and in-depth interview which was analyzed using Content Analysis.

The Research results, The comparative mean between before and after development of knowledge score ,attitude score and practice score are significant increased at the $p < 0.001$ level. The Strategic Route Map (SRM) technique consisted of 4 projects and 1 program.: 1) The project of village model for food safety 2) The Project of Exercise promotion and reducing risk behaviors 3) The project of Awareness in colorectal cancer by village broadcasting tower 4) The project of development community learning center in colorectal cancer 5) The program of Volunteer's skill important in colorectal cancer screening service. Potential development of community leaders in colorectal cancer by SRM can create and use plans and projects to prevent colorectal cancer in community level.

In conclusion, The development of Community Leaders Potential in Colorectal cancer SRM was effect to early protection in Colorectal cancer.

Keywords: Development of Community Leaders Potential, Colorectal Cancer, Strategic Route Map

บทนำ

การจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่นมีเป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ⁽¹⁾ องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาชุมชน 3 ส่วน คือ คน ทุน และความรู้ โดยจัดการสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดคุณค่าต่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น⁽²⁾ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) เป็นอีกวิธีการหนึ่ง ในการพัฒนาแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นการสร้างแผนภาพที่แสดงให้เห็นถึงยุทธศาสตร์ขององค์กรชุมชนในรูปแบบของความสัมพันธ์ต่อกันในเชิงเหตุและผล ซึ่งเชื่อมโยง 4 มิติคือ 1) ด้านรากฐาน 2) กระบวนการ 3) ภาว และ 4) ประชาชน^(3,4) ปัญหาด้านสาธารณสุขมีมากมายการแก้ไขจึงควรมุ่งเป้าไปยังปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงหรือสูญเสียงบประมาณในการแก้ไขของพื้นที่ปัจจุบัน สถานการณ์โรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2554 พบว่าอุบัติการณ์มะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอดและหลอดลม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านม โดยในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 780,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 440,000 รายต่อปี⁽⁴⁾ ในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอุบัติการณ์เกิดในลำดับที่สี่ แต่เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในลำดับที่สาม แสดงให้เห็นว่ามะเร็งชนิดนี้เมื่อพบแล้วอัตราการเสียชีวิตเร็วเพราะโดยส่วนใหญ่จะพบในระยะที่มีอาการนั้นคือในระยะลุกลาม การค้นหาในระยะก่อนเกิดโรคหรือระยะลุกลาม เพื่อป้องกันและรักษาได้ทันจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนเกิดโรจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลพนมไพร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่อำเภอพนมไพรและหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการตรวจคัดกรองอุจจาระ และตรวจหาสิ่งผิดปกติของ

ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยการส่องกล้องในประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีประวัติบุคคลใน ครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 10,081 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และเก็บตัวอย่างอุจจาระจากผู้เข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษา พบว่ามีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) เป็นบวก 829 ราย (8.2 % [95% CI. 7.7- 8.8]) ได้เข้ารับการส่องกล้อง 596 ราย (71.4% [95% CI. 68.2-74.5]) พบเนื้องอกตั้งเนื้อ ส่องตรวจ จำนวน 188 ราย (31.5% [95% CI. 27.8-35.4]) พบมะเร็งจำนวน 12 ราย คิดเป็น 11.5 รายต่อประชากรแสนคน (0.00012.% [95% CI. : 0.00006 - 0.0002]) แบ่งเป็นพื้นที่ตำบลพนมไพร ตำบลวาริสวัสดิ์ และตำบลหนองฮี แห่งละ 3 คน ในส่วนตำบลดุกอิ่ง ตำบลขามวรรณ และตำบลสาวแห แห่งละ 1 คน จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นสถานการณ์ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ที่ควรได้รับการแก้ไขผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์สภาพการณ์บริบทในพื้นที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในเรื่องระบบการตรวจคัดกรองและประเด็นที่เกี่ยวข้องพบประเด็นปัญหาและโอกาสพัฒนา คือ ระบบการดำเนินงานในชุมชนที่จะส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งมีระบบบริการโรงพยาบาลอยู่แล้ว การจะบรรลุผลด้านการดำเนินงานในชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นแกนนำหลักในชุมชน จึงเป็นหัวใจหลักของกระบวนการพัฒนาในระยะแรกเพื่อขยายผลต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดสุขภาพภาคประชาชนซึ่งประกอบด้วยหัวใจหลัก 3 ประเด็น คือ คน ความรู้ และทุน เป็นแนวทางสู่การดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน ภายใต้วงจร PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) โดยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้มีความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง และมีการวางแผนในการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพด้วยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่จะช่วยให้ทุกภาคส่วนทั้งระดับบุคคลและองค์กร ดำเนินงานไปสู่จุดหมาย

ปลายทางเดียวกันอย่างเชื่อมประสานสอดคล้องกัน โดยชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา เสริมความรู้ สร้างความตระหนัก กระตุ้นการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในพื้นที่ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ก่อให้เกิดกระบวนการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับชุมชน และมีความคาดหวังในระยะยาว คือการผลักดันกระบวนการที่ต่อเนื่อง ขยายกระบวนการพัฒนาไปยังพื้นที่อื่นของอำเภอพนมไพร ซึ่งมุ่งหวังในการลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทและปัญหาในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ในลักษณะวงรอบ (Spiral) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การ

สังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)^(6, 7)

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือแกนนำชุมชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธานอสม.) และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่อาศัยในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 114 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ แกนนำชุมชนประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานอสม. และ อสม. ที่ผ่านการอบรมฟื้นฟูการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในระยะไม่เกิน 1 ปี อาศัยอยู่ในตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ในช่วง 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2. สามารถให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน 3. ผ่านการอบรมฟื้นฟูการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ SRM ในระยะไม่เกิน 1 ปี ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 19 คน ประธานอสม. 19 คน และ อสม. 19 คน รวมจำนวน 57 คน

1.3 พื้นที่ทำการวิจัย เลือกพื้นที่แบบ Purposive selection โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ 1) เป็นตำบลที่มีอุบัติการณ์ความชุกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง 2) การแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชนยังไม่มีมีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม 3) เป็นตำบลที่มีความพร้อมให้ความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ กิจกรรม 6 ขั้นตอน ภายใต้วงรอบการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร แบบทดสอบความรู้ แบบวัดด้านทัศนคติ และการปฏิบัติตัว 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guideline) 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group Discussion Guideline) สำหรับสนทนากลุ่มตัวแทนแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม 4) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) 5) แบบติดตามประเมินผลโครงการ และ 6) รายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult Blood Test; FOB test)

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ศึกษารวบรวมเนื้อหา กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหา จากนั้นสร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ การปฏิบัติตัว แบบสนทนา กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลแล้วจึงนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item - objective congruence : IOC)⁽⁸⁾ มีค่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้อง นำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือตำบลโพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.75 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้

2) ด้านทัศนคติการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโดยวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยวิธีการของ ครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 และ 0.76 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ มาสร้างเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย จากนั้นเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ และการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัยให้เพียงพอในการดำเนินงาน

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย (Research Phase)

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยโรงพยาบาลพนมไพร องค์การบริหารส่วนตำบลพนมไพร เทศบาลตำบลพนมไพร กำนันตำบลพนมไพร ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ตำบลพนมไพร ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง ประเมินความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากนั้นจึงดำเนินการอบรมความรู้ด้วยการอบรมเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แกนนำชุมชน จำนวน 57 คน เป็นเวลา 1 วัน

ขั้นตอนต่อมาคือกระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเวลา 3 วัน ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และตรวจสอบยุทธศาสตร์ 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ 5) การนิยามเป้าประสงค์ ขั้นตอนที่ 6) การทำแผนปฏิบัติการ และ 7) การเปิดงาน/ลงมือปฏิบัติ ข้อเสนอแนะขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมิน

สถานการณ์แกนนำชุมชน การกำหนดจุดหมายปลายทางร่วมกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันเป็นอย่างดี โดยรวบรวมความคิดเห็นผ่านแผ่นกระดาษ บางคนพูดเพื่อให้เลขาประจำกลุ่มจดบันทึก ขั้นตอนการวางแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการและการนิยามเป้าประสงค์ใช้เวลาในกระบวนการค่อนข้างนาน วิทยากรเสริมการอธิบายเป็นระยะ

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action)

จากการประชุมวางแผนงานโครงการในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้คัดเลือกเป้าประสงค์ที่จะสามารถดำเนินการให้บรรลุตามระยะเวลาจำนวน 2 เป้าประสงค์ได้แก่ 1) ชุมชนมีการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน และ 2) ชุมชนมีการเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 4 โครงการ 1 กิจกรรม ดังนี้

2.1 โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย ดำเนินการโดยประชุมชี้แจงชุมชนในการปลูกผักปลอดสารพิษ สมุนไพรที่จำเป็น ลดอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะทำงานจัดทำเกณฑ์การประเมิน จัดทำแผนการออกประกวด ประเมินภาพรวมถึงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาความสะอาดของหมู่บ้าน

2.2 โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลายพฤติกรรมเสี่ยง เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้แกนนำชุมชนกระตุ้นการออกกำลังกายเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง มีการออกกำลังกาย ได้แก่ แอโรบิก วิ่ง ไม้พลอง และฮูลาฮูป โดยมีการกำหนดเวลา และสถานที่ออกกำลังกายของแต่ละหมู่บ้าน ติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ

2.3 โครงการหอกระจายข่าวเตือนภัย ห่วงไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ ข่าวสารของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากแกนนำชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยการให้แกนนำแต่ละหมู่บ้านกำหนดผู้รับผิดชอบและวันปฏิบัติงานในการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว มีการประเมินติดตามเป็นระยะ

2.4 โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการสร้างศูนย์ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในชุมชน เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ผ่านบอร์ดข่าวสารความรู้แผ่นพับ แผ่นงานให้ประชาชนในหมู่บ้านและผู้สนใจสามารถศึกษาและเรียนรู้ได้

2.5 กิจกรรมพัฒนาทักษะจิตอาสาร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นกิจกรรมอบรมแกนนำชุมชนให้มีความรู้ ทักษะการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่วยเหลือการให้บริการ ณ ศูนย์คัดกรองมะเร็งฯ โรงพยาบาลพนมไพร

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือการประเมินระหว่างดำเนินงานและการประเมินผลสรุปการศึกษา คือ

1. ประเมินผลระหว่างดำเนินการ

1.1 การสังเกตประเมินผลการอบรม และการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผน SRM

1.2 ประเมินผลการดำเนินโครงการทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

2. การประเมินผลสรุปการศึกษา

สรุปการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน โดยทำการประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว ผลการพัฒนาศักยภาพและดำเนินการในชุมชนหลังดำเนินการ ประเมินการดำเนินงานตามแผนงานโครงการในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชนที่ผ่านกระบวนการ SRM รวมถึงสรุปปัญหาอุปสรรคทั้งหมด ประโยชน์ที่ได้จากโครงการโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แกนนำชุมชนโดยตรง และการศึกษาจากรายงานโครงการ

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection)

โดยการจัดประชุมถอดบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง แกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ร่วมกับผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน หลังการพัฒนาร่วมกับการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล หลังการพัฒนา รวบรวมข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบกับความมุ่งหมายและกรอบแนวคิดที่ได้ กำหนดไว้ เพื่อเป็นประเด็นในการพัฒนาต่อเนื่องในวงรอบต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แหล่งข้อมูลจากบุคคล โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบวัดการปฏิบัติตัวของแกนนำชุมชน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูลคือบุคคล วิธีการเก็บได้แก่ การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) เพื่อประเมินสภาพทั่วไปก่อนและหลังการวางแผนประชุมตามกระบวนการ SRM ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา ขออนุญาตจัดบันทึกประเด็นไว้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีก่อนเข้าสู่ประเด็นการสนทนาที่เตรียมไว้ ระหว่างการสนทนากระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้เตรียมไว้ ระหว่างการสนทนากระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุย แสดงความคิดเห็นภายหลังการเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มบันทึกข้อมูลและสถานการณ์ในการประชุม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักคือแกนนำชุมชน การสังเกต (Observation) เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการวิจัย วิธีบันทึกข้อมูล คือการจดบันทึก บันทึกภาพ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

1.1 การวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นชุดคำถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 15 ข้อ การแปลผลระดับ

คะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์⁽⁹⁾

2. การวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้เลือกตอบโดยมีลักษณะเป็นแบบประเมินค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนในการปฏิบัติแบบมาตราส่วนประเมินค่า มี 5 ระดับ

3. การวัดการปฏิบัติตัว เป็นแบบวัดการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในการปฏิบัติแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนในการปฏิบัติตน พิจารณาภาพรวมมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนน แบบเกณฑ์อ้างอิง⁽⁹⁾ โดยมี 18 ข้อ มีค่าคะแนนเต็ม คูณข้อ เท่ากับ 54 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ก่อน-หลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการปฏิบัติในการป้องกันโรค แปลผลเป็นค่าคะแนน เปรียบเทียบเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่าง ก่อน-หลัง ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม วิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

ผลการศึกษา

ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 19 หมู่บ้าน มี 3,086 หลังคาเรือน 1 เทศบาลตำบล และ 1 องค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 7,500 บาท/คน/ปี ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีประเพณีบุญบั้งไฟที่ขึ้นชื่อ และมีความเชื่อในการถือปฏิบัติในวันเพ็ญขึ้น 15 ค่ำ เดือน 7 ของทุกปี มีทุนทางสังคมที่ดี คือมีผู้นำชุมชน อสม. เข้มแข็ง มีโรงพยาบาลพนมไพรที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือการดำเนินงานเรื่องโรคมะเร็งร่วมกับโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ มีการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเรื่องการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการกระตุ้นผลักดัน สร้างความตระหนักในการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้การดำเนินการวิจัยสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น แกนนำชุมชนรับทราบสถานการณ์ในพื้นที่เบื้องต้นได้เป็นอย่างดี มีระบบบริการตรวจคัดกรองและส่งต่อในโรงพยาบาลที่เป็นระบบชัดเจน ส่วนในการส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชนเพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มีการคัดกรองในโรงพยาบาลแกนนำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบแนวทางเบื้องต้นแต่ยังไม่มีรูปแบบการป้องกันเฉพาะโรคในชุมชน ไม่มีแผนงาน/โครงการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในชุมชน ชุมชนไม่ทราบความสำคัญของการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก ภายใต้การมีจุดแข็งในระบบบริการและชุมชนที่เข้มแข็งเอื้อต่อการพัฒนา จึงส่งผลดีต่อการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วง จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.80 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (SD = 7.50) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 91.20 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 63.20 ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรรมร้อยละ 57.90

การพัฒนาความรู้แกนนำชุมชนด้วยการอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำชุมชนซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน

อสม.และ อสม. จำนวน 57 คน ระยะเวลา 1 วัน ทำใหแกนนำชุมชนได้ ได้รับความรู้ เกิดความตระหนักต่อความรุนแรง ส่วนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 7 ขั้นตอน 4 มุมมองสำคัญของกระบวนการ ได้แก่ 1) ประชาชน 2) กระบวนการ 3) ภาวศิเครือข่าย 4) รากฐาน เกิดการเรียนรู้ในมุมมองทั้ง 4 ด้านที่เชื่อมประสานการดำเนินงานกับยุทธศาสตร์ของท้องถิ่นภาคที่เกี่ยวข้องถึงเป้าหมายของชุมชน เกิดโครงการจำนวน 4 โครงการ และ 1 กิจกรรมที่ชุมชนคัดเลือกดำเนินการ ได้แก่ 1) โครงการประกวดหมู่บ้านตัวอย่างบริโภคปลอดภัย ผลการดำเนินการพบว่า ชุมชนใส่ใจการปลูกและบริโภคผักและสมุนไพรครัวเรือน ตื่นตัวในการรักษาความสะอาดของบริเวณบ้านเป็นอย่างดี 2) โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายสลายพฤติกรรม ผลการดำเนินการพบว่า แต่ละหมู่บ้านมีการดำเนินการที่ชัดเจนขึ้นเป็นระยะ ประชาชนในชุมชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี 3) โครงการหอกระจายข่าวเตือนภัย ห่วงไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการดำเนินการพบว่า ชุมชนมีความตื่นตัวในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้ความสนใจสอบถามแกนนำชุมชน ส่งผลให้แกนนำชุมชนมีการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง และประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อจัดเตรียมข้อมูลการประชาสัมพันธ์ให้ต่อเนื่องและน่าสนใจ 4) โครงการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนต้นแบบเตือนภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นกิจกรรมเพื่อให้เกิดศูนย์ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการดำเนินงานพบว่า ชุมชนให้ความสนใจการจัดทำศูนย์เรียนรู้สอบถามข้อมูล และหมู่บ้านใกล้เคียงมีความตื่นตัวและต้องการจัดตั้งในหมู่บ้านของตนเองเพื่อให้ประชาชนได้ศึกษาเรียนรู้ และกิจกรรมพัฒนาทักษะจิตอาสาร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการดำเนินงานพบว่า แกนนำชุมชนสามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องโรคและระบบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองได้อย่างถูกต้อง ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในขั้นตอนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มเป้าหมายมีความตื่นตัวและเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการได้ถูกต้อง

ผลการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแกนนำชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพร ซึ่งพบว่าหลังดำเนินการทั้ง 3 ประเด็นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชากรอายุกลุ่มเสี่ยง 50 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการค้นหาความเสี่ยง กระตุ้น สร้างความตระหนักผ่านกระบวนการดำเนินโครงการป้องกันโรคในระดับชุมชน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมคัดกรองด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB)

จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จากเป้าหมายการคัดกรองรอบที่ 1 ในปี 2557 จำนวน 150 คน และคิดเป็นร้อยละ 216.67 เมื่อเทียบกับผู้มีความประสงค์เข้ารับการตรวจคัดกรองในรอบที่ 1 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาโดยเดิมอยู่ที่ร้อยละ 50 ของเป้าหมายการตรวจคัดกรอง (ตารางที่ 2) ผลการตรวจในครั้งนี้พบว่า FOB Positive ร้อยละ 20.74 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.71 โดยรวมพบในช่วงอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 32.14 (ตารางที่ 2, 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน

คะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	95 % CI.	t	df.	p-value
ความรู้	57			-2.99 ถึง -1.88	8.85	56	< 0.001*
- ก่อน		12.56	2.07				
- หลัง		15.00	0.00				
ทัศนคติ				-2.23 ถึง -1.93	27.66	56	< 0.001*
- ก่อน	2.73	.06					
- หลัง	4.82	.03					
การปฏิบัติ				-21.44 ถึง -18.45	27.66	56	< 0.001*
- ก่อน	2.73	.06					
- หลัง	4.82	.03					

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธี Fecal occult blood test (FOB)

ผลตรวจ		
Fecal occult blood test (FOB)	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจ FOB		
FOB Positive	28	20.74
FOB Negative	107	79.26
รวม	135	100
เพศ		
ชาย	17	60.71
หญิง	11	39.29
รวม	28	100

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละ ผู้ที่มีผล FOB Positive แยกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
50-54	5	17.86
55-59	9	32.14
60-64	5	17.86
65-69	6	21.43
70-74	1	3.57
75-79	2	7.14
รวม	28	100

ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย แสดงให้เห็นว่าผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน สำเร็จตามความมุ่งหมาย ซึ่งประเมินได้จากความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่าน กิจกรรมโครงการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน สร้างความ ตระหนักต่อการคัดกรองเพิ่มขึ้น ค้นพบผู้มีความผิดปกติ ที่จะได้รับการวินิจฉัยและรักษาหากพบระยะของโรค จึงตรวจคัดกรองสุขภาพส่งผลให้ร้อยละการตรวจเป็นผล ที่จะสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ระยะยาวตามกรอบแนวคิด ที่ได้กำหนดไว้ นั่นคือ การลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังการพัฒนาเกิด กระบวนการดำเนินงานในชุมชนอย่างเป็นระบบ

ปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factors; KSF) ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับชุมชน การพัฒนา ศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักระดับชุมชน ตำบลพนมไพร อำเภอ พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใตกรอบแนวคิดหลักการ วิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนผลกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) ซึ่ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน 1 รอบ

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดองค์ประกอบการ พัฒนาศักยภาพด้วย 2 เครื่องมือหลัก คือ 1) การอบรม พัฒนาศักยภาพความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ 2) การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่ง กระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทและปัญหาของ พื้นที่ 2) การอบรมความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ 4) ดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ กำหนดและคัดเลือกมา 5) ติดตาม ประเมินผลโครงการ 6) ประชุมถอดบทเรียนหลังการดำเนินการ ผู้วิจัยพบว่า กระบวนการ 6 ขั้นตอนดังกล่าว ได้ส่งผลต่อความสำเร็จ อันได้แก่ศักยภาพที่วัดผลเชิงปริมาณจากการประเมิน ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน พบว่าทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติตัว มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่ม มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ตามกระบวนการ PAOR เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของแกนนำชุมชนกับชุมชน จากการร่วมกันวิเคราะห์บริบทชุมชน วางแผน และนำ โครงการสู่ชุมชน ผู้วิจัยจึงสรุปวิเคราะห์ 6 ขั้นตอน ดังกล่าว สรุปปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพ แกนนำชุมชนในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักระดับชุมชน คือ “KAP 3C” ประกอบด้วย 1) Knowledge 2) Attitude 3) Practice 4) Community Leader 5) Community Supporter 6) Community

Learning Center

สรุป 6 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม นั่นคือการพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge: K) ร่วมกับการปรับทัศนคติ (Attitude: A) ให้เกิดความตระหนักต่อโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อปรับการปฏิบัติตน (Practice: P) ให้ถูกต้องเหมาะสมของตนเอง โดยแกนนำชุมชนต้องเข้มแข็งเกิดการเรียนรู้ (Community Leader: C) นำสู่การปฏิบัติในชุมชนในรูปแบบการดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันโรคในระดับชุมชน มีศักยภาพในการบริหารจัดการประสานผู้สนับสนุนที่เกี่ยวข้อง (Community Supporter: C) เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามเป้าหมาย และถอดบทเรียนสู่การมีศูนย์เรียนรู้เฉพาะโรคในชุมชน (Community Learning Center: C) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล การเรียนรู้ในชุมชน ประสานงานและถ่ายทอดการปฏิบัติที่ดำเนินงานมาและเพื่อการดำเนินงานต่อเนื่องด้วยชุมชนร่วมกับภาคีผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนต่อไป

วิจารณ์

การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตำบลพนมไพร อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม กำหนดขั้นตอนในลักษณะวงรอบ (spiral) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งดำเนินการ 1 วงรอบ เพื่อให้แกนนำชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย มีศักยภาพด้านความรู้ และการวางแผนแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา บริบทพื้นที่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาของหน่วยงานภาครัฐ กระตุ้นส่งเสริมกิจกรรมป้องกันในชุมชนให้ส่งผลต่อการคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่ม จากผลการพัฒนาศักยภาพ โดยการประเมินด้านความรู้

ทัศนคติ และการปฏิบัติ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แตกต่างกับก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้โดยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ ให้ความรู้ชัดเจน ร่วมกับการวางแผนชุมชนด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนกร จีระออน⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อนำให้ชุมชนมีส่วนร่วม บริหารจัดการ วางแผน ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้ โดยประเด็นสำคัญของการใช้เครื่องมือ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ชัดเจนตั้งแต่การวิเคราะห์บริบทเพื่อรับทราบสถานการณ์ของโรค ร่วมกันระดมความคิดวางแผน แนวทางการส่งเสริมป้องกันในชุมชน เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ที่ผู้วิจัยได้ประสานงานกับแกนนำชุมชน ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน รวมทั้งสถานการณ์ปัญหา สุขภาพและระบบบริการการคัดกรองโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก บริบทชุมชน ลักษณะภูมิประเทศและวัฒนธรรมประเพณี ด้านสาธารณสุข และสร้างความเข้าใจ แก่แกนนำชุมชน ทำให้การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) สามารถนำแผนงานโครงการไปปฏิบัติด้วยความต่อเนื่องราบรื่น ในส่วนขั้นตอนการกำหนดจุดหมายปลายทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบทบาทหน้าที่ ซึ่งเกิดจากผลของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และ อสม. ซึ่งมีบทบาทสำคัญอันดับแรกของการประสานงานในชุมชน การคิดและวางแผนที่จะดำเนินโครงการในชุมชนของตนเองจึงเป็นสิ่งที่แกนนำมีความตื่นตัวต่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเอง ดำเนินการตามแผนงานระยะเวลา พยายามที่จะให้โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ร่วมกันวางไว้ ทำให้การดำเนินการวิจัยในขั้นการสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ดำเนินไปด้วยความต่อเนื่อง ได้รับความร่วมมือและพร้อมแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินการตามข้อเสนอแนะของผู้วิจัย จนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย คือการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ดำเนินการประชุมถอดบทเรียน

การพัฒนาศักยภาพ การดำเนินโครงการในชุมชน และผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood test: FOB) จึงเป็นระบบการป้องกันโรคในระดับชุมชน ในบทบาทที่แกนนำชุมชนอันประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และอสม. สามารถดำเนินการได้ในชุมชน ส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ทำให้ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการวินิจฉัย รักษาได้ทัน และคาดการณ์เพื่อลดอัตราการตายในระยะยาวต่อไป จากกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้ปัจจัยความสำเร็จที่สอดคล้องการศึกษาของปาณิสรา ภูโสหา⁽¹¹⁾ ที่ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการดำเนินงานเชื่อว่าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อให้เกิดความพึงพอใจในภาพรวมการดำเนินงาน ด้านการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมเกียรติ ออกแดง⁽¹²⁾ ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ผลการวิจัยส่งผลให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนนำในชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความหลากหลายในกระบวนการคิดและปฏิบัติในชุมชน และศึกษาความแตกต่างของผลการพัฒนาต่อไป
2. การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิทยากรควรเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดที่ชัดเจน สร้างความตระหนักและกระตุ้นสู่การปฏิบัติของแกนนำชุมชน
3. การวิจัยพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน หากมีการใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กลุ่มเป้าหมายควรผ่านการอบรมมาก่อนหรือเพิ่มขั้นตอนการ

อบรมก่อนลงมือปฏิบัติจะช่วยให้การดำเนินการตามขั้นตอนราบรื่น และนำสู่การปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มองค์ประกอบศักยภาพที่พัฒนา นอกเหนือจากการอบรมให้ความรู้ รายโรคร่วมกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้เกิดแกนนำชุมชนที่มีศักยภาพทักษะ แก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ต่อไป
2. ควรนำกรอบกระบวนการวิจัยไปปรับใช้ในพื้นที่ ในบริบทปัญหาพื้นที่โรคอื่นเพื่อศึกษาผลการดำเนินการที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.น้ำผึ้ง ดุงโคกกรวด นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด อ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคารศรี ผู้ทรงคุณวุฒิ อ.ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว ผศ.ภญ.ดร.บัววรรณ ศรีชัยกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ นายแพทย์อดิสร วัฒนวงษ์สิงห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมไพร นายแพทย์วัชร เอี่ยมศรีสมบัติกุล นายแพทย์เชียวชาญ โรงพยาบาลพนมไพร นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลพนมไพร ผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนและกรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครือข่ายสุขภาพกับการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครือข่ายสุขภาพกับการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
3. อมร นนทสุต. การสร้างและใช้แผนที่ยุทธศาสตร์สำหรับองค์กรระดับปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2551.

4. อมร นนทสุต, วิรุณศิริ อารยวงศ์, ประพันธ์ศักดิ์ รัชไชยวรรณ. อะไร อย่างไรคือแผนที่ยุทธศาสตร์กับการสร้างและใช้ประโยชน์จากแผนที่ยุทธศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: เรติชั่น; 2549.
5. งานทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2550. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: กรุงเทพฯ; 2551.
6. สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน: Classroom Action Research. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
8. สมนึก กัทฑิยธนี. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: ประสานการพิมพ์; 2544.
9. อนุชาติ ทองอันทัง. การพัฒนาศักยภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในการป้องกันโรคเอดส์ โดยเทคนิค A-I-C: กรณีศึกษา ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. ธนกร จีระออน. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์; 2553.
11. ปาณิสรา ภูโสภา. กระบวนการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเทศบาลตำบลปทุมอำเภอมืองจังหวัดอุบลราชธานี; 2553.
12. สมเกียรติ ออกแดง. การประยุกต์ใช้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อำเภอลำสนธิ จังหวัดสุรินทร์; 2554.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

Development of vaccine management and cold chain systems in primary care network, Samrongthap district, Surin Province

ลิขิต กิจขุนทด ส.ม. (สาธารณสุข)*

วรพจน์ พรหมสัตยพรต ป.ร.ด.**

อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ วท.ด. (เวชศาสตร์ชุมชน)***

Likhit Kijkhuntode M.P.H. (Public health)*

Vorapoj Promasatayaprot Ph.D. (Health System Development)**

Anuphan Suwanphan Ph.D. (Community Medicine)***

* โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

* Samrongthap Hospital, Surin province

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*** คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์

*** Faculty of Liberal Arts and Science,

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

Sisaket Rajabhat University

บทคัดย่อ

วัคซีนจะคงคุณภาพดีต้องอยู่ในระบบลูกโซ่ความเย็นที่มีอุณหภูมิเหมาะสมตั้งแต่จัดเก็บและกระจายวัคซีนจนถึงผู้รับบริการ ถ้าเกิดปัญหาในระบบลูกโซ่ความเย็นจะส่งผลให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลงจนถึงไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างธันวาคม 2556 ถึงเมษายน 2557 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน และเครื่องมือบันทึกอุณหภูมิ data logger วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นที่ชัดเจน หลังจากทำการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบแล้วได้รูปแบบที่เป็นมาตรฐานของหน่วยบริการที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติของเครือข่ายเอง ผลการศึกษาระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 9.62 กิโลเมตร (SD=3.43) ผลการพัฒนาระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่าย พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยของหน่วยบริการปฐมภูมิมีสภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม (+2 ถึง +8°C) ผลการศึกษาระยะเวลาในการเตรียม Ice pack ให้เหมาะสมในการขนส่งวัคซีน (Conditioning time) มีค่าเท่ากับ 50 นาที (SD=6.24) ซึ่งเป็นที่มาของการจัดทำมาตรฐานการใช้ Ice pack ใส่กระติกวัคซีนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

สรุปผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้ (+2 ถึง +8°C) หากหน่วยบริการมีการจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นไม่เหมาะสม อาจเสี่ยงต่อการทำให้วัคซีนสูญเสียความคงตัว จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและพัฒนาระบบ อีกทั้งควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเขตจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

คำสำคัญ: วัคซีน ระบบลูกโซ่ความเย็น เครือข่ายปฐมภูมิ

Abstract

Vaccine will continue with high-quality cold chain system in an appropriate temperature since storage and distribution to the patients. If there is any problem in the cold chain system, it will result in a decreasing the efficacy of vaccines in preventing disease. This study is an action research aims to development of vaccines and cold chain management in primary care network which Samrongthap district Surin province. The participants are responsible for maintaining the quality of immunization at primary care unit (PCU). Data were collected from December 2013 to April 2014 by interviewing and recording the temperature data logger. Data analysis were done with descriptive statistic and content analysis.

The results showed that the pre-developed network PCU no form of vaccines and cold chain management is clear. After the study is to develop a model that is no longer the standard of service that can be put into practice in the network itself. The average distance of transportation vaccine from hospital to the PCU network was 9.62 kilometer (SD=3.43). The appropriate or optimal temperature for cold chain network system was in PCU network were +2 to +8 °C. The study period for transporting vaccines was 50 minutes (SD=6.24) which was prepared by using standard network vaccine Ice pack bottles at PCU network Samrongthap. Surin province.

In conclusion, the development of cold chain management efficiency was the ability to control temperature in the range of +2 to 8 °C. The risk may cause the instability of vaccine uses. The result can reveal for applying at other PCU in the future.

Keywords: Vaccine, cold chain system, Primary care network

บทนำ

วัคซีนเป็นชีววัตถุที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ทั้งความร้อน ความเย็นจัด และแสง มีผลต่อคุณภาพวัคซีน เพราะทำให้วัคซีนเสื่อมสภาพและอาจเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันได้ด้วย จึงต้องเก็บและขนส่งวัคซีนในอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานและด้วยอุณหภูมิที่เหมาะสมโดยจัดเก็บวัคซีนโพลีโอ (OPV) ที่ไวต่อความร้อนมากที่สุดไว้ในช่องแช่แข็ง วัคซีนเชื้อเป็นชนิดผงแห้ง ได้แก่ วัคซีนวัณโรค (BCG) วัคซีนหัด (M) และ วัคซีนรวม หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ซึ่งไวต่อความร้อนรองลงมาจากวัคซีน OPV นั้น ไม่จำเป็นต้องเก็บในช่องแช่แข็ง แต่ให้เก็บในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ทั้งในระดับคลังและสถานบริการ สำหรับวัคซีนเชื้อตาย ได้แก่ วัคซีนไวรัสตับอักเสบ บี (HB) วัคซีนรวม คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) วัคซีนรวม คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ไวรัสตับอักเสบ บี (DTP-HB) วัคซีนรวม คอตีบ-บาดทะยัก (dT) วัคซีนไขสันหลังอักเสบ เจอี (JE) และ วัคซีนบาดทะยัก (T) ให้เก็บในอุณหภูมิ +2 ถึง

+8 °C เท่านั้น (ห้ามแช่แข็ง) สำหรับน้ำยาละลายวัคซีนหัดแช่แข็งเช่นกัน โดยสถานบริการต้องเก็บที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ส่วนในระดับคลังถ้าตู้เย็นช่องธรรมดา มีพื้นที่ไม่เพียงพอให้เก็บไว้นอกตู้เย็นได้ เมื่อนำไปละลายวัคซีนผงแห้งต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิ +2 ถึง +8 °C ประมาณ 24 ชั่วโมงก่อนใช้^(1,2)

ปี 2556 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำโรงทา และฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลลำโรงทา ได้ร่วมออกประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอลำโรงทา จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายทั้ง 11 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นที่สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีการประเมินทั้งหมด 4 หมวด⁽³⁾ คือ หมวดที่ 1 สถานภาพของอุปกรณ์และการดูแลรักษา หมวดที่ 2 การเก็บรักษาวัคซีน หมวดที่ 3 การบริหารจัดการวัคซีนและหมวดที่ 4 การเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินเช่น พบอุณหภูมิที่ต่ำ

กว่า 0°C ร้อยละ 45.45 อุณหภูมิสูงกว่า 8 °C ร้อยละ 81.81 ในขณะที่ชนส่งวัคซีน ตู้เย็นไม่ได้มาตรฐานมีน้ำแข็งเกาะหนาเกิน 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 72.72 ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิตามแบบฟอร์ม ร้อยละ 72.72 ไม่มีการทำบัญชีการรับ-จ่ายวัคซีน ร้อยละ 90.90 พบวัคซีนหมดอายุ ร้อยละ 54.54 การเก็บรักษาวัคซีนไม่เป็นระเบียบ/มีป้ายชื่อไม่ครบ ร้อยละ 100 ไม่มีผังการเตรียมความพร้อมกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ร้อยละ 100 เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพวัคซีน หากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ตระหนักถึงความสำคัญและมีการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นไม่ดีจะส่งผลให้คุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีนที่นำไปให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถป้องกันโรคได้ หรืออาจเกิดผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้วัคซีนดังกล่าวได้

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning; P) การปฏิบัติการ (Action; A) การสังเกต (Observation; O) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection; R) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ เพื่อเป็นการพัฒนาหาแนวทางการบริหารจัดการวัคซีน การเก็บรักษา รวมถึงการบำรุงรักษาดูแลอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบลูกโซ่ความเย็น ให้สอดคล้องกับการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดความเชื่อมั่นว่า วัคซีนที่ให้บริการแก่ประชาชนเป็นวัคซีนที่มีคุณภาพ สามารถป้องกันโรคได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

นิยามศัพท์

การพัฒนาการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น หมายถึง การดำเนินงานด้านการวางแผน ระบบลูกโซ่ความเย็น การเบิกจ่ายวัคซีน การเก็บรักษา วัคซีน อุปกรณ์และการดูแลรักษา รวมถึงการขนส่งวัคซีน

ระบบลูกโซ่ความเย็น หมายถึง กระบวนการที่จะบริหารจัดการวัคซีนให้คงคุณภาพดี จากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ วัคซีนทุกชนิดจะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม มีความเย็นเพียงพอที่จะคงคุณภาพได้ตลอดเวลาที่เก็บรักษาและขนส่งจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง

วัคซีน หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากสิ่งที่มีชีวิตหรือที่ได้จากการสังเคราะห์ หรือกระบวนการอื่นใดที่นำมาใช้ในการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโรคของมนุษย์ เพื่อป้องกัน รักษา หรือลดความรุนแรงของโรค การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาวัคซีนที่อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข (Expanded Program on Immunization; EPI) ได้แก่ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูมและใช้สมองอักเสบเจอี

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอลำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นสำหรับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอลำโรงท่าบ จังหวัดสุรินทร์ ในช่วงธันวาคม 2556 ถึง เมษายน 2557

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน 42 คน ประกอบด้วย

1.1 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 33 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 คน

1.3 เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลสำโรงทาบ 6 คน

2. กลุ่มประชากรที่มีส่วนร่วมในการประเมินระบบ

ประชากร คือผู้มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ช่วงตุลาคม 2555 ถึงมิถุนายน 2556 จำนวน 3,871 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้การคำนวณจากผู้มารับบริการ จำนวน 356 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้มารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การคำนวณหาค่าเฉลี่ยขนาดตัวอย่าง กรณีที่ทราบจำนวนประชากร⁽⁴⁾ คือ

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} N \sigma_x^2}{Z^2 \alpha_{/2} \sigma_x^2 + (N-1) d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ

σ_x^2 = ความแปรปรวนของตัวแปร x ในประชากร

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ย

จากการมารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2556 พบว่า มีผู้มารับบริการจำนวน 3,871 คน โดยมีค่าเฉลี่ยการมารับบริการต่อเดือน 420 คน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 50.49

จากสูตร

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} N \sigma_x^2}{Z^2 \alpha_{/2} \sigma_x^2 + (N-1) d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร คือ ผู้มารับบริการทั้งหมด 3,871 คน

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

σ_x^2 = ความแปรปรวนของผู้มารับบริการ เท่ากับ $(50.49)^2$ คน

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าเฉลี่ยของการมารับบริการ เท่ากับ 5 คน แทนค่าในสูตรจะได้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (3871) (50.49)^2}{(1.96)^2 (50.49)^2 + (3871-1) (5)^2} \\ &= \frac{37,027,940.86}{104,293.16} \\ &= 356 \end{aligned}$$

นั่นคือ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างจากผู้มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 356 คน โดยยอมให้มีความคลาดเคลื่อนในการมารับบริการเฉลี่ยไม่เกิน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบนิเทศงานบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น
2. แบบประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น
3. แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน
4. แบบบันทึกการตรวจรับวัคซีนจากการขนส่ง
5. แบบบันทึกการติดตามช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็น
6. แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น
7. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ

วิธีหาคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาปรับปรุงตรวจสอบ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยมีค่า Index of Objective Congruence มากกว่า 0.5 ขึ้นไป
2. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นมาปรับปรุงให้ถูกต้องอีกครั้ง
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92
4. นำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะปฏิบัติการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อสังเคราะห์ รวบรวมแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสานงานหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล และผู้ทรงคุณวุฒิ สร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะปฏิบัติการวิจัยตั้งแต่ธันวาคม 2556 ถึง เมษายน 2557 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา การดำเนินงานวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการที่ผ่านมา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้เขียนเป็นแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากโรงพยาบาลลำโรงทับและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 1 วัน

ขั้นที่ 2 ปฏิบัติตามแผน (Action) เป็นการนำ

แผนที่ได้จากขั้นตอนที่ 1สู่การปฏิบัติ มี 3 โครงการคือ 1) โครงการพัฒนาการบริหารจัดการวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) โครงการพัฒนาอบรมความรู้การบริหารจัดการวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็น และ 3) โครงการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีเด่นด้านการบริหารจัดการวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็น ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในงานสร้างเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลทุกคน ดำเนินงานตั้งแต่ มกราคม 2557 ถึง เมษายน 2557

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศติดตามประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้ 1) แบบประเมินการบริหารจัดการวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็น 2) แบบบันทึกการตรวจรับวัดขึ้นจากการขนส่ง 3) แบบบันทึกการติดตามช่วงเวลาระบบลูกโซ่ความเย็น 4) แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น และ 5) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) ใช้ผลการประเมินจากการสังเกตขั้นที่ 3 ปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับปรุงแก้ไขดำเนินกิจกรรมโดยคณะกรรมการวัดขึ้นระดับอำเภอนำปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ สรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในขั้นตอนเพื่อพัฒนางานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของระบบการบริหารจัดการวัดขึ้นและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จากการศึกษาสภาพการณ์การบริหารจัดการวัดขึ้น

และระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ระยะทางในการขนส่งวัคซีนจากหน่วยโรงพยาบาลถึงเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ยเท่ากับ 9.62 กิโลเมตร ($SD=3.43$) อุณหภูมิเฉลี่ยของกระบวนการจัดการวัคซีนตั้งแต่รับวัคซีนจนถึงการให้บริการวัคซีนอยู่ในสถานะอุณหภูมิที่เหมาะสม ($+2$ ถึง $+8^{\circ}C$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ค่าระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียม Ice pack ให้เหมาะสำหรับการขนส่งวัคซีน (Conditioning time) มีค่าเท่ากับ 50 นาที ($SD=6.24$)

2. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นโดยผู้วิจัยได้ตั้งเป้าหมายผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้จำนวน 42 คน แต่เนื่องจากมีผู้เข้าร่วมประชุมติดราชการจำนวน 3 คน ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ทำให้มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 39 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วม และจัดการมีส่วนร่วมในการวางแผนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ

Cohen and Uphoff⁽⁵⁾ ผลการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง โครงการที่ได้จากกระบวนการวางแผนจำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการพัฒนาการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ 2) โครงการอบรมพัฒนาความรู้ การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น และ 3) โครงการประกวดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีเด่นด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

3. ผลการศึกษาความพึงพอใจในการมารับบริการในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

หลังจากดำเนินการพัฒนาระบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ผู้วิจัยได้วัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความพึงพอใจของ Aday and Anderson⁽⁶⁾ วัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้ง 6 ด้านจำนวน 359 คน พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการอยู่ระดับมากทั้ง 6 ด้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 1 การติดตามอุณหภูมิ ณ ช่วงเวลาของระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

กิจกรรม/ช่วงเวลา	$\bar{X}$	SD	Min.	Max.
อุณหภูมิของภาชนะบรรจุวัคซีนแรกรับจากรถขนส่ง	5.39	0.27	5.10	5.80
อุณหภูมิระหว่างการจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นโรงพยาบาล	5.50	0.25	5.20	5.80
อุณหภูมิระหว่างเตรียมวัคซีนให้หน่วยบริการ	6.83	1.09	5.80	8.40
อุณหภูมิระหว่างส่งมอบวัคซีนให้หน่วยบริการ	6.50	0.72	6.60	8.60
อุณหภูมิระหว่างนำวัคซีนเข้าสู่ตู้เย็นหน่วยบริการ	5.78	0.49	5.10	6.50
อุณหภูมิระหว่างการให้บริการฉีดวัคซีนหน่วยบริการ	3.94	2.04	1.70	9.20
อุณหภูมิ ณ สิ้นสุดการให้บริการ	4.49	2.75	1.30	8.60

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (n=39)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	33.33
หญิง	26	66.67
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	9	23.07
31-40 ปี	14	35.90
41 ปีขึ้นไป	16	41.03
$\bar{X}$, SD	36.46, 8.30	
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	13	33.33
6-10 ปี	4	10.26
11-15 ปี	6	15.38
15 ปีขึ้นไป	16	41.03
$\bar{X}$, SD	12.82, 9.58	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	10	25.64
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	4	10.26
ปริญญาตรี	24	61.54
ปริญญาโท	1	2.56
ตำแหน่งปัจจุบัน		
นักวิชาการสาธารณสุข	15	38.46
พยาบาลวิชาชีพ/เทคนิค	13	33.33
ลูกจ้างชั่วคราว	11	28.21
กลุ่มผู้ให้ข้อมูล		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	33	84.62
โรงพยาบาลชุมชน	3	7.69
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3	7.69

ตารางที่ 3 ลักษณะทางประชากรของผู้มารับบริการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (n=359)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบัน		
ในเขตอำเภอสำโรงทาบ	357	99.44
นอกเขตอำเภอสำโรงทาบ	2	0.56
เพศ		
หญิง	255	71.03
ชาย	104	28.97
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	11	3.06
21-30 ปี	64	17.83
31-40 ปี	110	30.64
41-50 ปี	92	25.63
51-60 ปี	55	15.32
61 ปีขึ้นไป	27	7.52
$\bar{X}$, SD	39.55, 11.84	
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	172	47.91
มัธยมศึกษา	159	44.29
อนุปริญญา	11	3.06
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	17	4.74
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง 30 บาท)	196	54.60
บัตรประกันสุขภาพ (ยกเว้นค่าธรรมเนียม ท.)	108	30.08
ประกันสังคม	26	7.24
ชำระเงินเอง	17	4.74
สวัสดิการข้าราชการ-รัฐวิสาหกิจ	9	2.51
สิทธิว่าง	3	0.83
อาชีพประจำ		
เกษตรกร/ประมง	199	55.43
รับจ้างทั่วไป	91	25.35
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	29	8.08
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	24	6.69
ว่างงาน	12	3.34
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	1.11

ตารางที่ 3 ลักษณะทางประชากรของผู้มารับบริการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (n=359) (ต่อ)

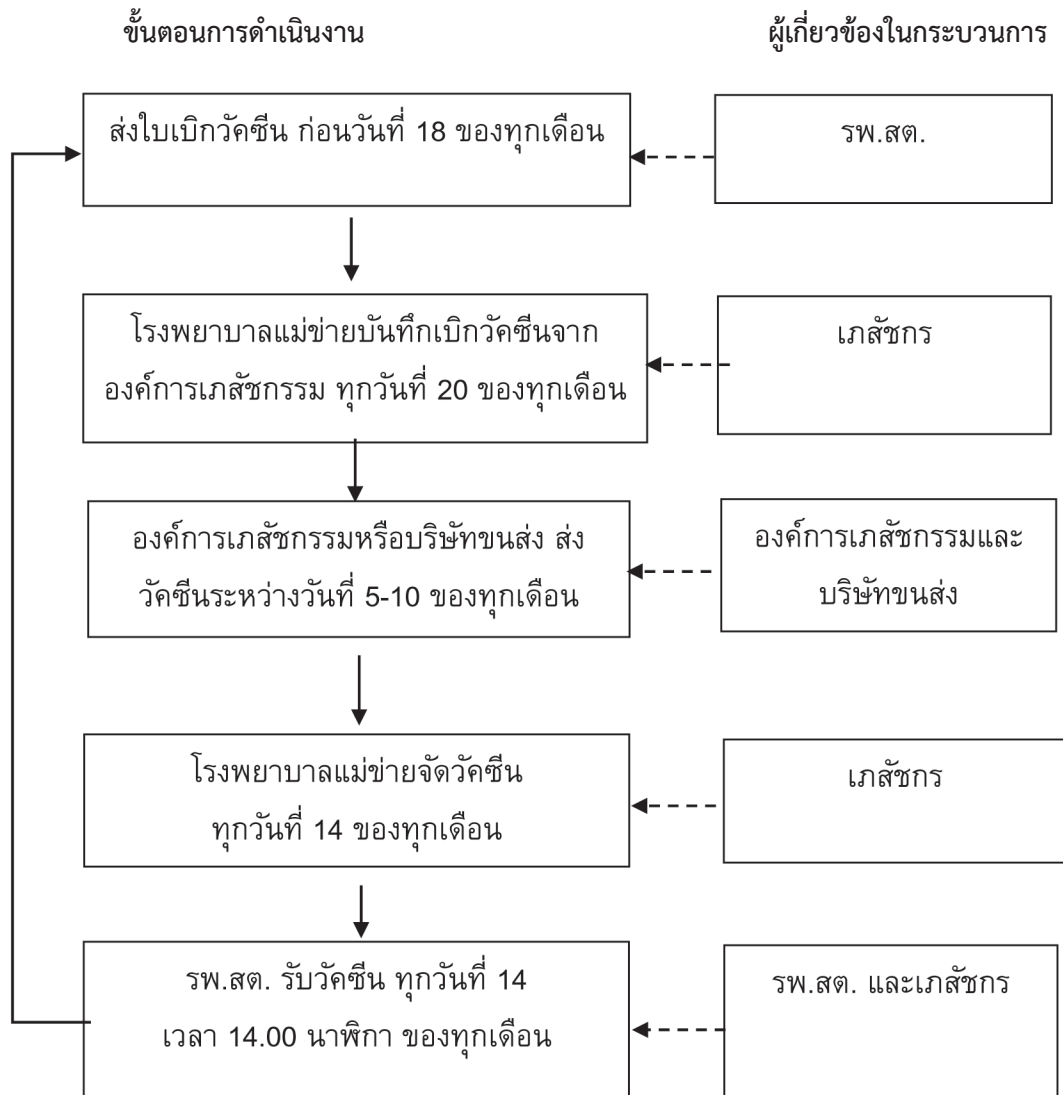
ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	196	54.60
5,001–10,000 บาท	150	41.78
10,001–15,000 บาท	9	2.51
15,001–20,000 บาท	3	0.84
20,000 บาทขึ้นไป	1	0.28
Median	5,000.00	
Max.	25,000.00	
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา/มารดา	227	63.23
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	102	28.41
พี่เลี้ยงเด็ก	18	5.02
พี่สาว/น้ำ	12	3.34

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	2.58	0.51	มาก
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากร	2.69	0.47	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2.57	0.51	มาก
ด้านคุณภาพการบริการ	2.68	0.45	มาก
ด้านข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการบริการ	2.63	0.49	มาก
ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	2.67	0.48	มาก

4. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ก่อนการพัฒนาระบบพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน หลังจากทำการ

ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบแล้วสามารถสรุปเป็นรูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินการจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์

อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ด้านมาตรฐานการจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

1) จากการศึกษาระบบลูกโซ่ความเย็นของ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ก่อนการพัฒนา มีค่าอุณหภูมิอยู่นอกช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสม (นอกช่วง +2 ถึง +8 °C) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงจันทร์ จันทร์เมือง และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง อุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เขตนครชัยบุรีรินทร์ พบว่า มีหน่วยบริการ 97 แห่ง (ร้อยละ 50) มีการจัดเก็บวัคซีนในอุณหภูมิไม่เหมาะสม (นอกช่วง +2 ถึง +8 °C) และสอดคล้องกับการศึกษาของ

พิชญา นวลได้ศรี และคณะ⁽⁸⁾ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนระดับอำเภอและตำบล พบว่า ร้อยละ 40 ของตู้เย็นมีอุณหภูมิอยู่นอกช่วง +2 ถึง +8 °C

2) การศึกษาระยะเวลาในการเตรียม Ice pack ให้มีหยดน้ำเกาะ (Condition time) จนอยู่ในสภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม (+2 ถึง +8 °C) ที่เหมาะสำหรับการขนส่งวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีระยะเวลาเฉลี่ย 50 นาที (SD=6.24) โดยใช้ Ice pack จำนวน 4 ก้อน และมีฟิฟบอร์ดกั้นกลางระหว่าง Ice pack ทั้ง 4 ก้อน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่า ระยะเวลาในการทำให้อุณหภูมิของอุณหภูมิที่เหมาะสมใช้เวลานานเกินไป ซึ่งอาจไม่เหมาะสมในการดำเนินงาน และจากงานวิจัยของ โฆษิต อร่ามโสภา และคณะ⁽⁹⁾ได้ศึกษาเวลาที่เหมาะสมในการทำ Condition time และจำนวน Ice pack พบว่า การนำ Ice pack จำนวน 3 ก้อน ไปแช่น้ำที่อุณหภูมิห้องใช้เวลาเพียง 5 นาที สามารถทำให้ได้สภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสมได้

3) สภาพการรับวัคซีนจากองค์การเภสัชกรรมหรือบริษัทขนส่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ โฆษิต อร่ามโสภา และคณะ⁽⁹⁾ศึกษาเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ความเย็นของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คณะกรรมการประสานงานร่วมระดับอำเภอพุทธโสธร พบว่า สภาพการรับวัคซีนจากองค์การเภสัชกรรมหรือบริษัทขนส่งดำเนินการได้ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 88.23) โดยค่าที่ผ่านเกณฑ์คือ ได้คะแนนในภาพรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

2. อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดเก็บและการขนส่งวัคซีน

จากการศึกษาอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บวัคซีน และการขนส่งวัคซีนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ในเครือข่ายมีตู้เย็นที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานการดำเนินงานด้านคลังและการเก็บรักษาวัคซีน⁽¹⁰⁾ คือ ตู้เย็นมีฝาประตูปิดแสงขนาดความจุเหมาะสมไม่ต่ำกว่า 5 คิว และสามารถรักษาอุณหภูมิอยู่ระหว่าง +2 ถึง +8 °C ได้

3. ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการ

บริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีคณะกรรมการดำเนินงานอย่างชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็วทันเวลา มีการออกแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนซึ่งเป็นแนวทางสู่กระบวนการวางแผนพัฒนาการปฏิบัติ กระบวนการติดตามการพัฒนาและสะท้อนผลการปฏิบัติให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง และสามารถแก้ไขปัญหาที่จะต้องดำเนินการแก้ไขได้ตลอดเวลา การประเมินและนิเทศงานเป็นประจำจะเกิดผลดีต่อการพัฒนางานได้ เพราะได้มีการสนทนาพูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมและแก้ไขปัญหา พร้อมให้ข้อเสนอแนะ ช่วยเหลือไปในแนวทางเดียวกัน

4. ด้านความพึงพอใจ

หลังจากพัฒนาระบบแล้ว ผู้วิจัยได้ประเมินระบบโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจวัดระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสรุปได้ว่า ระดับความพึงพอใจทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับมาก เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนสะดวกในการเดินทางมารับบริการและมีป้ายบอกที่ตั้งทิศทางที่ชัดเจน มีการบริการด้านสาธารณสุขปลอดภัย มีการให้บริการที่มีความสะดวกรวดเร็ว เป็นกันเองระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ขั้นตอนไม่ซับซ้อน มียาหรือวัคซีนที่มีคุณภาพ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการแต่อย่างใด

5. รูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นรูปแบบใหม่

จากรูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นแบบเก่าสู่การพัฒนาจนได้รูปแบบใหม่ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากรูปแบบใหม่ก็ยังมีอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ เช่น ยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งที่ยังส่งข้อมูลในการเบิกวัคซีนช้ากว่ากำหนด ต้องติดตามเป็นกรณีพิเศษ ส่งผลให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเบิกวัคซีนไม่ทันเป็นบางกรณี และจากการจัดรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งเล็งเห็นความสำคัญของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้น มีการมารับวัคซีนโดยพร้อมเพรียง

กัน ความตรงต่อเวลามีมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลแม่ข่ายให้บริการด้วยความรวดเร็วกว่ารูปแบบเก่า

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำแผนปฏิบัติการ ใช้เทคนิคการสนทนาแบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงาน จะได้แผนปฏิบัติการที่ดีครอบคลุมเป้าหมายที่วางไว้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน
2. การศึกษาความพึงพอใจผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะผู้มารับบริการในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ให้บริการ ดังนั้นควรมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ให้บริการควบคู่กันไปด้วย เพื่อเป็นการพัฒนางานทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ให้มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจกันทั้ง 2 ฝ่าย
3. รูปแบบการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้ใหม่ เป็นรูปแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อผู้มารับบริการอย่างสูงสุด และปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ตะวัน พลสระคู ผู้อำนวยการ เกษตรรัตนชัยรัตน์โคตร นางสาววิลาวรรณ เกิดโชค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำโรงทับ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค; 2555. หน้า 107.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพ.ศ. 2550; 2550. หน้า 33-6.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการบริหารวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น พ.ศ. 2547; 2547. หน้า 34-7.
4. สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553.
5. Cohen JM, Norman TU. Rural Participation: Concepts and Measures for Project Design. New York: Implementation and Evaluation; 1977.
6. Aday and Anderson. Theoretical and methodological issue in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978; 12: 28.
7. ดวงจันทร์ จันทรเมือง, พงศ์ภา ภัณฑลักษณ์, มังกร อังสนันท์, อีร์วัช รัตนวรวิเศษ, วิเชียร ชนชัย. อุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเขตนครชัยบุรินทร์. วารสารวิชาการ สคร.5 2555; 18(3): 37-46.
8. พิษญา นวลได้ศรี, กรกมล รุกขพันธ์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. การติดตามอุณหภูมิระบบลูกโซ่ความเย็นในคลังวัคซีนระดับอำเภอและตำบล, การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 23: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน; 2554.
9. โฆสิต อร่ามโสภา, สุภารัตน์ อร่ามโสภา. การพัฒนาคุณภาพระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คปสอ.พทไธสง. วารสารองค์การ เกษตรกรรม 2556; 39(4): 3-13.
10. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการดำเนินงานด้านคลังและการจัดเก็บวัคซีน; 2556. หน้า 8-30.

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection among people in Nakhamin and Phon Chan sub-district, Phon Sawan District, Nakhon Phanom Province

รุจิรา ดุริยศาสตร์ ส.ม. (โภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ) *

ณิตชาธร ภาโนมัย ปร.ด. (สาธารณสุข) *

สรรพเพชร อังกิตตระกูล ปร.ด. (สาธารณสุข) **

ฐิติมา นุตราววงศ์ วท.ม. (จุลชีววิทยา) ***

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Rujira Duriyasart M.P.H. (Nutrition for Health) *

Nitchatorn Panomai Ph.D. (Public Health) *

Sunpetch Angkititrakul Ph.D. (Public Health) **

Thitima Nutrawong M.Sc. (Microbiology) ***

* Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** Faculty of Veterinary Medicine, Khon Kaen University

*** Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของประชาชน ในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จำนวน 377 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างจากตำบลนาขมิ้น 276 คน และตำบลโพนจาน 101 คน เก็บตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Pearson correlation) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเชื้อ *Streptococcus suis* ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = -0.320$ และ $r = -0.368$ ตามลำดับ ($P < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.235$ ($P < 0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ และมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค และให้ความรู้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ และมีการเฝ้าติดตามผล รวมทั้งมีการสำรวจการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ โรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* นครพนม

Abstract

This research was a descriptive research aimed to investigate knowledge, belief, attitude, and health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection among people in Nakhamin and Phon Chan sub-district, Phon Sawan district, Nakhon Phanom province. The samples in this study were 377 people, 276 people from Nakhamin sub-district, and 101 people from Phon Chan sub-district by systematic random sampling. Questionnaires were used to collect the data. Statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation.

The results of this study were as follows. The overall knowledge about *Streptococcus suis* infection, the belief and the attitude about consuming raw foods, and health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection of people in Nakhamin sub-district and Phon Chan sub-district was in medium level. The findings also revealed that in both Nakhamin sub-district and Phon Chan sub-district, first, there was a significant negative correlation between the belief and the attitude about consuming raw foods and the knowledge about *Streptococcus suis* infection with $r = -0.320$ ($P < 0.05$). Second, there was a significant negative correlation between the belief and the attitude about consuming raw foods and health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection with $r = -0.368$ ($P < 0.05$). Furthermore, the study found that the knowledge about *Streptococcus suis* infection had a significant positively correlation with health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection with $r = 0.235$ ($P < 0.05$). As aforementioned, the related authorities should pay attentions and promote about *Streptococcus suis* infection and health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection, and provide citizens the information about the correct belief and attitude about consuming raw foods. Moreover, the authorities should survey health behavior in prevention of *Streptococcus suis* infection regularly in order to follow up the adjustment to the correct behavior.

Keywords: health behavior, *Streptococcus suis* infection, Nakhon Phanom

บทนำ

โรคติดเชื้อจาก *Streptococcus suis* (โรคไขหูดับ) เป็นโรคอุบัติใหม่ (emerging disease) ที่พบในประเทศไทย โดยเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Streptococcus suis* (*S. Suis*) ซึ่งมีสูตรเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญสามารถติดต่อมาสู่มนุษย์ได้หลายทาง โดยแบ่งออกเป็น 2 ทางใหญ่ ๆ คือ กลุ่มผู้ที่สัมผัสสูตรที่เป็นโรคได้แก่ เกษตรกร ผู้เลี้ยงสุกร คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ โรงชำแหละเนื้อสุกร สัตวบาล และสัตวแพทย์ ซึ่งเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายผ่านทางบาดแผล รอยถลอก เยื่อบุตา หรือการหายใจเอาละอองเข้าไปโดยตรง และอีกกลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่บริโภคสุกรหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านการปรุงสุก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อนี้⁽¹⁾

ในปี พ.ศ. 2555 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อ *S. suis* รวม 186 ราย เป็นผู้ป่วยภาคเหนือ 150 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 28 ราย และภาคกลาง 8 ราย พบผู้ป่วยเพศชาย 136 ราย เพศหญิง 50 ราย ในปี 2557 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคมจนถึงวันที่ 8 สิงหาคม พบผู้ป่วย 151 ราย เสียชีวิต 12 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งมักจะมีการสังสรรค์และดื่มสุราร่วมกับการรับประทานเนื้อสุกรที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ระยะฟักตัวของโรคใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง จนถึง 3 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 85 จะมีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ผู้ป่วยร้อยละ 54-80 จะสูญเสียการได้ยิน⁽²⁾ (หูหนวกถาวร) และในกรณีที่รุนแรง อาจมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต และทำให้เสียชีวิตได้ โดยที่โรคนี้มีอัตราตายสูงถึง

ร้อยละ 13

จากพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงและมีประวัติการเกิดโรคระบาดที่มีสาเหตุจากการบริโภคเนื้อสัตว์ดิบ⁽³⁾ โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งให้เหตุผลว่า การบริโภคแบบดิบๆ จะมีประโยชน์ต่อร่างกายทำให้แข็งแรงและจะสามารถบริโภคมากเท่าไรก็ได้ เพราะปัจจุบัน มียาที่สามารถฆ่าพยาธิจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อ *S. suis* ในจำนวนที่สูง ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา แพร่ น่าน เพชรบูรณ์ พิษณุโลก ตาก นครสวรรค์ นครพนม สกลนคร อุดรธานี และขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคเนื้อสุกรดิบหรือเลือดสุกรดิบ เช่น ลาบ หลู้ ที่ปรุงจากเลือดสุกรและเนื้อสุกรสดๆ⁽⁴⁾ ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค จึงควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ที่ถูกต้อง และนอกจากความรู้แล้ว ความเชื่อ และทัศนคติ ยังมีผลต่อการปฏิบัติอีกด้วย เพราะหากมีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ที่ถูกต้องแล้ว ก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่ดีตามมา ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาในจังหวัดนครพนม ซึ่งตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคสูงเพื่อเป็นการศึกษาความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ของประชาชนในพื้นที่นี้ และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมการปฏิบัติตน และเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ของประชาชน ในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความเชื่อและทัศนคติ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารดิบ ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ของประชาชนในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

4. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ของประชาชน ในตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาขมิ้น และตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 11 หมู่บ้าน จำนวน 6,422 คน การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรในกรณีทราบขนาดประชากร

โดยมีสูตรการคำนวณ คือ

$$n = \frac{Nz^2\alpha/2 p(1-p)}{e^2(N-1)+z^2\alpha/2 p(1-p)}$$

กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 ใช้ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูล คือ 377 คน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามสัดส่วนของประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 11 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยแต่ละหมู่บ้าน คำนวณช่วงห่าง (Interval) ของหลังคาเรือน ได้ค่าเท่ากับ 17 แล้วสุ่มบ้านเลขที่หลังแรกด้วยการสุ่มอย่างง่าย จากนั้นนับบ้านเลขที่ทุก 17 หลังคาเรือน เพื่อให้ทุกหน่วยประชากรมีโอกาสถูกเลือกได้อย่างครอบคลุมและกระจายกันอย่างทั่วถึง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

เพศอายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สัตว์เลี้ยงและจำนวนของสุกรที่เลี้ยง รายได้ของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารรับประทานในแต่ละวัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความถี่ของการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสุกรในแต่ละประเภท รวมทั้งวิธีรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อสุกร คำถามเกี่ยวกับอาการป่วยภายหลังการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสุกร/เลือดสุกร อาการป่วยภายหลังการสัมผัสกับสุกรที่มีชีวิต และคำถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค รวมทั้งแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นแบบสำรวจรายการและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* และการป้องกันโรค จำนวน 18 ข้อ ให้เลือก 2 คำตอบ คือ ถูก หรือ ผิด การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁽⁵⁾ คือ คะแนนร้อยละ 80.0 -100 หมายถึง ระดับดี 60.0-79 หมายถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 0.0-59.9 หมายถึงระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ จำนวน 17 ข้อ ใช้คำตอบแบบ 5-Pointed Likert scale มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด และ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ คะแนนมากกว่า $\bar{x} + S.D.$ หมายถึงระดับสูง คะแนนระหว่าง $\bar{x} \pm S.D.$ หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่า $\bar{x} - S.D.$ หมายถึงระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ 4 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง และ 1 ไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ คะแนนมากกว่า $\bar{x} + S.D.$ หมายถึงระดับดี คะแนนระหว่าง $\bar{x} \pm S.D.$ หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่า $\bar{x} - S.D.$ หมายถึงระดับต่ำ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ร่วมกันพิจารณา ความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิง

เนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 3 4 และส่วนที่ 5 ได้ค่า CVI เท่ากับ .95 .90 .85 และ .84 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยในส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson formula: 20, KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 ในส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .71

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ Pearson correlation

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 33.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นชาติพันธุ์ไทยอีสานร้อยละ 51.7 รองลงมาคือชาติพันธุ์ไทยญ้อร้อยละ 35.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.4 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 87.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมเลี้ยง ไก่ สุนัข และโค-กระบือ ร้อยละ 30.7 26.3 และ 14.8 ตามลำดับ มีการเลี้ยงสุกรร้อยละ 3.5 จำนวนที่เลี้ยงสุกรอยู่ระหว่าง 1-10 ตัว ร้อยละ 59.1 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท (ร้อยละ 48.0) มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารรับประทานในแต่ละวันเป็นจำนวน 100-200 บาท (ร้อยละ 83.0)

2. กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสุกรซึ่งอาหารที่บริโภคมากที่สุดคืออาหารประเภทย่างปิ้ง (ร้อยละ 85.4) รองลงมาคืออาหารประเภทลาบ (ร้อยละ 84.7) โดยมีวิธีการรับประทานสุกเสมอ ร้อยละ 86.5 และ 75.0 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการป่วยภายหลัง

จากการบริโภคอาหารที่ทำจากเนื้อสุกร/เลือดสุกร (ร้อยละ 80.5) มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ หูติง (ร้อยละ 1.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.0) ไม่เคยพบอาการป่วยของคนในหมู่บ้าน มีเพียงร้อยละ 1.6 ที่พบคนในหมู่บ้านมีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะ หูติง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.8) ไม่เคยมีอาการป่วยหลังจากการสัมผัสสุกรที่มีชีวิต และไม่เคยพบอาการป่วยของคนในหมู่บ้านภายหลังการสัมผัสสุกร (ร้อยละ 97.4) กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* (ร้อยละ 87.5) และแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับส่วนใหญ่มาจาก โทรทัศน์มากที่สุด (ร้อยละ 58.3) รองลงมา คือเพื่อนบ้าน คนในครอบครัว (ร้อยละ 15.0) และจาก วิทยุ (ร้อยละ 10.0)

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* และการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.6) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อ *S. suis* ในตำบลนาขมิ้นสูงกว่าตำบลโพนจานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) และมีค่าเท่ากับ 6.0 ($SD=1.3$) และ 5.7 ($SD=0.9$) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 32.9) คือ “ผู้ป่วยที่ติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยไม่หลงเหลืออาการผิดปกติใดๆ ของร่างกาย” ส่วนข้อที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 99.5) ตอบได้ถูกต้อง คือ “ควรล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังจากการปรุงอาหารและการบริโภคอาหาร” (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกต้อง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* และการป้องกันโรคเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ <i>S. suis</i> และการป้องกันโรค	รวม (n=377)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ควรล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังจากการปรุงและการบริโภคอาหาร	375	99.5
2. การรับประทานเลือดสุกรสุก ๆ ดิบ ๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	357	94.7
3. หากจำเป็นต้องเก็บเนื้อสุกรค้างคืน ควรเก็บไว้ในตู้เย็นตลอดเวลา	351	93.1
4. ควรเลือกซื้อเนื้อสุกร จากร้านค้า/ฟาร์มที่ได้มาตรฐาน	348	92.3
5. มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หูอื้อ ทรงตัวไม่ได้ คืออาการแสดงของโรคติดเชื้อ <i>S. suis</i>	340	90.2
6. การสวมถุงมือขณะสัมผัสกับสุกร ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้	339	89.9
7. ควรล้างเชียงด้วยน้ำยาล้างจานทุกครั้ง หลังจากหั่นเนื้อสุกรเสร็จ	339	89.9
8. การติดเชื้อ <i>S. suis</i> ในคน ทำให้หูหนวกถาวรได้	303	80.4
9. การดื่มสุราพร้อมการรับประทานเนื้อสุกรดิบหรือสุก ๆ ดิบ จะเป็นการทำลายเชื้อ <i>S. suis</i> *	299	79.3
10. โดยปกติ พบเชื้อ <i>S. suis</i> ในสุกร	298	79.1
11. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>S. suis</i> จะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง	275	72.9
12. การใช้ความร้อนอย่างน้อย 70 องศาเซลเซียส ปรุงอาหาร สามารถทำลายเชื้อ <i>S. suis</i> ได้	274	72.7
13. การสัมผัสกับสุกรที่ป่วยเป็นโรคโดยตรง ไม่ทำให้ติดเชื้อ <i>S. suis</i> *	271	71.9
14. สามารถบริโภคเลือดสุกรดิบที่ราดมาในอาหารได้ หากอาหารนั้นมีเนื้อสุกรปรุงสุกแล้ว *	260	70.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกต้อง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* และการป้องกันโรคเป็นรายข้อ (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ <i>S. suis</i> และการป้องกันโรค	รวม (n=377)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. เชื้อ <i>S. suis</i> ถูกทำลายได้ง่ายจากการล้างมือด้วยสบู่	248	65.8
16. การบริโภคสุกรที่มีเชื้อ <i>S. suis</i> เท่านั้น จึงจะติดเชื้อ *	173	45.9
17. การรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง ช่วยป้องกันการติดเชื้อ <i>S. suis</i> *	169	44.8
18. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>S. suis</i> สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยไม่หลงเหลืออาการผิดปกติใดๆ ของร่างกาย *	124	32.9

* คำถามเชิงลบ

4. กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความเชื่อและทัศนคติเชิงบวกต่อการบริโภคอาหารดิบอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.0) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อและทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบในตำบลโพ้นจาน ($\bar{x}=43.9$ S.D. = 9.84) สูงกว่าตำบลนาขมิ้น ($\bar{x}=37.3$ S.D. = 12.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < 0.05) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุด (ร้อยละ 10.9) คือ “การปรุงอาหารให้สุกเป็นเรื่องยุ่งยาก” ส่วนข้อที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด (ร้อยละ 37.9) คือ “การเลือกบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก” (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยกับความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	รวม (n=377)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเลือกบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก	143	37.9
2. อาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ มีรสชาติอร่อย กว่าอาหารที่ผ่านการปรุงสุก	120	31.8
3. ผู้หญิงที่บริโภคอาหารดิบได้ ไม่มีความเป็นกุลสตรี	120	31.8
4. อาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เป็นอาหารคู่กับลูกผู้ชาย ชายชาติวีรกรรมจะบริโภคอาหารดิบได้	108	28.7
5. ผู้ชายที่บริโภคอาหารดิบไม่ได้ เป็นคนอ่อนแอ	108	28.7
6. ชอบบริโภคอาหารดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ	91	24.1
7. การบริโภคอาหารดิบพร้อมกับการดื่มสุรา จะมีสรรพคุณในทางสุขภาพ	90	23.9
8. สุราสามารถฆ่าเชื้อโรคได้	70	18.6
9. อาหารดิบหรือปรุงสุกๆ ดิบๆ มักมีรสจัด ทำให้ต้องบริโภคข้าวเป็นจำนวนมาก จึงไม่เปลืองกับข้าว	66	17.5
10. หากหญิงตั้งครรภ์ชอบบริโภคอาหารดิบ ลูกในครรภ์จะเป็นเพศชาย	64	17.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยกับความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ	รวม (n=377)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. การปรุงอาหารให้มีรสเปรี้ยว รสเค็ม และรสเผ็ด จะทำให้อาหารสุกและช่วยฆ่าเชื้อโรคได้	61	16.8
12. อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นอาหารพิเศษ	60	15.9
13. การบริโภคอาหารดิบไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ	60	15.9
14. อาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระชุ่มกระชวย มีเลือดฝาด ดูเป็นหนุ่มเป็นสาวมากขึ้น	50	13.3
15. การบริโภคอาหารแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ จะช่วยประหยัดเวลาในการปรุงอาหาร และมีเวลาไปทำอย่างอื่น	48	12.7
16. การบริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ สามารถบริโภคมากเท่าไรก็ได้ เพราะมียาที่สามารถรักษาและป้องกันได้	41	11.4
17. การปรุงอาหารให้สุกเป็นเรื่องยุ่งยาก	43	10.9

5. กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.8) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ในตำบลนาขมิ้น ($\bar{x}=33.2$ S.D. = 6.78) สูงกว่าตำบลโพนจาน ($\bar{x}=29.9$ S.D. = 5.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < 0.05) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ *S. suis* โดยมี

การปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ “เก็บแข็งที่ใช้หั่นเนื้อสุกรแล้วไว้ใช้ในครั้งต่อไปโดยไม่ได้ทำความสะอาด” คิดเป็นร้อยละ 34.2 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค โดยมีการปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ “ล้างมือ ก่อนและหลังการปรุงและบริโภคอาหาร” คิดเป็นร้อยละ 65.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* เป็นรายข้อ (n=377)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ <i>S. suis</i>	ร้อยละ			
	ทุกครั้ง	บ่อย ๆ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ล้างมือก่อนและหลังการปรุงและบริโภคอาหาร	65.8	16.5	12.7	5.0
2. ปรุงอาหารที่ทำจากเนื้อสุกร เลือดสุกรให้สุก ก่อนนำมาบริโภค	54.1	17.0	19.9	9.0
3. ทำความสะอาดเนื้อสุกรดิบทุกครั้ง ก่อนจะนำมาปรุงอาหาร	40.6	14.1	29.4	15.9
4. เมื่อมีสุกรตายโดยไม่ทราบสาเหตุ ท่านจะไม่นำมาบริโภคเลย	36.9	6.6	8.8	47.8

ตารางที่ 3 ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* เป็นรายข้อ (n=377) (ต่อ)

การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ <i>S. suis</i>	ร้อยละ			
	ทุกครั้ง	บ่อย ๆ	บางครั้ง	ไม่เคย
5. เก็บแข็งที่ใช้หั่นเนื้อสุกรแล้วไว้ใช้ในครั้งต่อไป โดยไม่ได้ทำความสะอาด*	34.2	14.1	17.8	34.0
6. แยกแข็งอาหารสุกและอาหารดิบ	26.5	15.1	23.1	35.3
7. บริโภคอาหารประเภทลาบ ก้อย ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ในงานเทศกาล งานบุญประเพณีต่าง ๆ ที่มีความพิเศษ*	23.3	8.0	30.5	38.2
8. เลือกซื้อเนื้อสุกร จากร้านค้าที่มาจากฟาร์มหรือตลาดที่ได้มาตรฐานเท่านั้น	22.0	17.8	53.6	6.6
9. เคยสัมผัสกับสุกรที่มีชีวิต โดยมิได้สวมถุงมือ*	21.8	7.7	14.9	55.7
10. เก็บเนื้อสุกรที่เหลือและยังไม่ได้นำไปประกอบอาหารไว้โดยไม่แช่เย็น และนำมาประกอบอาหารในภายหลัง*	18.8	10.6	9.6	61.0
11. ขณะที่มีมือมีบาดแผล มีการจัดเก็บอุปกรณ์ที่ใช้ปรุงอาหาร และทำความสะอาดด้วยมือเปล่า*	18.3	11.7	41.4	28.7
12. เคยสัมผัสเนื้อสุกรดิบ ขณะที่มีบาดแผลที่มีมือ*	15.7	6.1	24.1	54.1
13. บริโภคอาหารดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ร่วมกับการดื่มสุรา*	15.4	8.2	16.7	59.7
14. ซื้ออาหารประเภทลาบ ก้อย ที่ทำจากเนื้อสุกรดิบจากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน	10.3	9.0	45.9	34.8
15. ใช้เครื่องปรุงที่มีรสเปรี้ยว รสเค็ม และรสเผ็ดจัดเพื่อให้เนื้อสุกรสุก แทนการใช้ความร้อน*	9.8	11.4	23.6	55.2
16. ซื้อเนื้อหรือผลิตภัณฑ์จากสุกรที่ทราบว่าเป็นป่วยหรือสงสัยว่าป่วยมาประกอบอาหาร*	3.7	5.3	31.8	59.2
17. บริโภคอาหารประเภทลาบ ก้อย ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นอาหารในชีวิตประจำวัน*	2.7	8.5	37.9	50.9

* คำถามเชิงลบ

6. จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

สัมพันธ์ $r = -0.320$ และ $r = -0.368$ ($P < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = 0.235$ ($P < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเชื้อ *S. suis* ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคร้อยละ 87.5 และแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับโรคมาจากโทรทัศน์ร้อยละ 58.3 สอดคล้องกับ รายงานการวิจัยของ ทิพย์วัลย์ อุ่นนันทกา⁽⁷⁾ พบว่า การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ *S. suis* ของกลุ่มเป้าหมายมาจากโทรทัศน์มากที่สุด จากการที่โทรทัศน์ ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว มีข้อจำกัดในเรื่องรายละเอียดของการแลกเปลี่ยนความรู้ การซักถาม และระยะเวลาการเผยแพร่สั้น ดังนั้น ผู้ชมจึงต้องมีความตั้งใจในการชมจึงจะทำให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมจิตร แก้วมูล⁽⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ *S. suis* และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ *S. suis* อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อเพียงร้อยละ 34.2 และแหล่งของข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และแผ่นพับ เป็นต้น และจากการศึกษาของ อัมพรยานะ⁽⁴⁾ พบว่า ประชากรมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ *S. suis* อยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่ มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการใช้สื่อที่มีความหลากหลาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และโปสเตอร์แผ่นพับ

ระดับของความเชื่อและทัศนคติเชิงบวกต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเห็นคล้อยตามกันและยอมรับข้อเสนอใดข้อเสนอนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารดิบว่าเป็นจริง และมีความรู้สึกชอบหรือเห็นด้วย และพอใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารดิบนั้นๆ ในระดับปานกลาง และจากคะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ ในตำบลโพนจานสูงกว่าตำบลนาขมิ้น อาจเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิทยา คือการ

เรียนรู้ รับรู้ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมคือ การขัดเกลาทางสังคม ปัจจัยด้านบุคคล คือ อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา อาชีพ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในตำบลโพนจานเป็นเพศชายร้อยละ 53.5 ในขณะที่ตำบลนาขมิ้นมีกลุ่มตัวอย่างเพศชายเพียงร้อยละ 30.4 ซึ่งเพศชายเป็นเพศที่พบอัตราการป่วยของโรคนี้สูง สาเหตุเพราะพฤติกรรมบริโภคของเพศชาย ที่มักจะดื่มสุรารวมกับการรับประทานเนื้อ/เลือดสุกรแบบสุกๆดิบๆ⁽²⁾ อีกทั้งระดับการศึกษาสูงสุดของตำบลโพนจาน ร้อยละ 88.1 คือ ประถมศึกษา ในขณะที่ตำบลนาขมิ้น ระดับการศึกษาสูงสุด มีตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป จนถึงปริญญาตรี ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อมากกว่าตำบลโพนจาน เป็นผลให้ความเชื่อและทัศนคติในการบริโภคอาหารดิบที่เคยมีมาค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อมากขึ้น

ระดับของการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ *S. suis* ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างตำบลนาขมิ้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคสูงกว่าตำบลโพนจาน อธิบายได้ว่าจากการที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อ *S. suis* ในตำบลนาขมิ้นสูงกว่าตำบลโพนจาน แสดงให้เห็นว่าความรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้น จะนำไปสู่การปรับแนวคิดและการปฏิบัติ⁽⁸⁾ กล่าวได้ว่าปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดให้มีสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคที่ดี ก็คือความรู้⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของโกวิทย์ พยัฆะเชียร⁽¹⁰⁾ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อและทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการบริโภคอาหารดิบ ในตำบลนาขมิ้นต่ำกว่าตำบลโพนจาน แสดงให้เห็นว่า ตำบลโพนจานยังคงมีความเชื่อ และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารดิบมากกว่าตำบลนาขมิ้น หากบุคคลมีความเชื่อเป็นอย่างไร ก็จะมีแนวโน้มต่อทัศนคติเช่นนั้น ตามมาด้วย และความเชื่อและทัศนคติต่อสิ่งนั้นก็จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมในเวลาต่อมา

ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *S. suis* ในภาพรวมและความรู้ทุกด้านของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญและมีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในการประชาสัมพันธ์ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความรู้เข้าถึงอย่างสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่อง โดยเน้นข้อมูลที่ประชาชนมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง และควรมีการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อให้สามารถสื่อสารได้ทั้งสองทาง ทำให้มีการแลกเปลี่ยนและซักถามข้อสงสัยเพื่อทำความเข้าใจได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ความเชื่อและทัศนคติต่อการบริโภคอาหารดิบของกลุ่มตัวอย่างบางพื้นที่อยู่ที่ระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการศึกษาค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมในท้องถิ่นที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของประชาชน เพื่อให้สามารถดำเนินการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับปัญหาความเชื่อและทัศนคติที่ผิดๆ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

3. การปฏิบัติตัวในการป้องกันการโรคติดเชื้อ *S. suis* อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของประชาชน และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเป็นการป้องกันปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อ *S. suis* ในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2552.
- ชัชฌา สวนกระต่าย. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
- ศุภร พึ่งลัดดา, ประเสริฐ ทองเจริญ. โรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิสในมนุษย์: ทบทวนรายงานในประเทศไทย และจุลชีววิทยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14(4): 581-90.
- อัมพร ยานะ. ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ของประชาชนตำบลแม่่นาเรือ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning. New York: David Mackay; 1971.
- Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
- ทิพย์วัลย์ อุ่นนันทาศ. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในผู้ที่ดื่มสุรา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
- เปรมจิตร แก้วมูล. ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ของประชาชนตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
- โกวิทย์ พยัฆวิเชียร. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Streptococcus suis* ของกลุ่มอาชีพรถเร่และร้านจำหน่ายเนื้อสุกร อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2550; 22: 64-5.

พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

Ready to eat purchasing behavior from convenience store
and nutritional status of senior high school students
in Khon Kaen municipality

วิชุดา สมจิตร ส.ม. (โภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ)

ณิตชาธร ภาโนมัย ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Wichuta Somchit M.P.H. (Nutrition For Health)

Nitchatorn Panomai Ph.D. (Public Health)

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ได้แก่ โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน โรงเรียนกัลยาณวัตร โรงเรียนแก่นนครวิทยาลัย และโรงเรียนขามแก่นนคร จำนวน 726 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ไค-สแควร์ (Chi-Square Test) ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป INMU Thai Growth ในการประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานนักเรียนบริโภคมากที่สุดคือ ข้าวกล้อง (โอชี่โก) ร้อยละ 37.33 ปัจจัยด้านสังคมที่ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารจากร้านสะดวกซื้อ คือ เพื่อนของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานสม่ำเสมอ และแบ่งให้นักเรียนรับประทานด้วยร้อยละ 68.18 ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสารในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนพบว่านักเรียนส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารพร้อมรับประทานในเรื่อง ชนิด ประเภท ราคา การส่งเสริมการขาย (โปรโมชั่น) จากสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 75.62 ปัจจัยด้านจิตวิทยาพบว่า นักเรียนมีความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ดีโดยข้อความรู้ที่นักเรียนตอบถูกมากที่สุดคือ อาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดจำเป็นต้องมีเลขสารบบกำกับอยู่ด้วยทุกครั้งร้อยละ 82.51 ด้านทัศนคติพบว่า นักเรียนมีทัศนคติในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ควรสังเกตฉลากโภชนาการที่กำกับอยู่บนบรรจุภัณฑ์ของอาหารพร้อมรับประทานเสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ปัจจัยทางส่วนประสมตลาดในด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาดที่มีระดับความสำคัญที่มากที่สุดคือ รสชาติอาหารถูกใจผู้บริโภค ราคาเหมาะสมสำหรับผู้บริโภค มีบริการไมโครเวฟสำหรับการรับประทานในเวลาเร่งด่วน และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายต่างๆ ตามลำดับ และภาวะโภชนาการของนักเรียน ส่วนใหญ่มีภาวะ

โภชนาการในเกณฑ์สมส่วนร้อยละ 69.83 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความรู้ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทัศนคติ ปัจจัยส่วนประสมตลาด ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน ร้านสะดวกซื้อ ภาวะโภชนาการ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

Abstract

This study is a survey research was aimed to study the ready to eat purchasing behavior from convenience store, and investigate nutritional status of senior high school students in Khon Kaen municipality with quantitative format research. The multi-stage sampling was performed from the groups of senior high school students in the extra-large school in Khon Kaen such as Khonkaenwitthayayon, Kanlayanawat, Kaennakornwitthayalai and Kamkaennakorn School. This study included 726 students. Data collecting were performed by questionnaire method, and analyzed by statistic description, Chi-square test to determine the relationship of parameter groups. In part of nutritional status, the INMU THAI GROWTH was used to assess nutritional status of the students.

The study was found that the frequency of ready-made food consumption behavior was rated into moderate level. The result was also shown that Easy Go ready-made food was consumed in the rated of 37.33%. The social factors influencing most participants to choose the ready-made food was that their friends bought it from the convenient store and share it with them (68.18%). The information factors influencing them on choosing ready-made food from the convenient store were kind of foods, type, prices, and promotions which mostly came from television (75.62). In terms of psychological factor, it was found the participants' knowledge were rated into good level. The item they mostly answered correctly was the item stating that every type of ready-made food must have food serial number (82.51%). In terms of participants' attitudes, it was found that their attitude was rated into high level. The item with highest score was that the customer should notice the nutrition label averagely 4.35. In terms of marketing-mix factors, the most influencing ones were the test, appropriate price, heating service, and promotion activities, respectively. In terms of participants' nutritional conditions, it was found they had a properly nutritional condition (69.83%). The factors relating with the frequency of ready-made food purchased from the convenient store were personal factor, social factor, psychological knowledge factor, psychological information and attitude factor, and marketing-mix factor with statistical significance of .05.

Keywords: Ready to eat Purchasing behavior, Convenience store, Nutrition status Senior high school students in Khon Kaen Municipality

บทนำ

“อาหาร” เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องมีการบริโภคทุกวันเพราะอาหารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก อุตสาหกรรมอาหารได้มีการเจริญเติบโตขึ้น และพัฒนามาเป็นอาหารแช่แข็งในปัจจุบัน ส่งผลให้มีการผลิตอาหารพร้อมรับประทานหลายชนิดตามมา

ปัจจุบันการได้มาของอาหารมาจากการซื้อเปลี่ยนด้วยเงิน และเน้นการซื้อจ่ายสินค้าที่ความสะดวกสบาย ทำให้มีธุรกิจร้านสะดวกซื้อเข้ามาแพร่หลายในประเทศไทย โดยเฉพาะร้านสะดวกซื้อ เป็นธุรกิจค้าปลีกที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน จำหน่ายสินค้าทั้งอุปโภคและบริโภคทุกชนิด เปิดให้บริการทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง ขอนแก่นก็เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจสูง มีห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อจำนวนมาก และมีสถานศึกษาเป็นจำนวนมากเช่นกัน โดยมีโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จะเห็นได้ว่าโรงเรียนมัธยมขนาดใหญ่พิเศษคือมีนักเรียนตั้งแต่ 2,501 คนขึ้นไป ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นมีทั้งหมด 4 โรงเรียนได้แก่ โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน โรงเรียนกัลยาณวัตร โรงเรียนแก่นนครวิทยาลัย และโรงเรียนขามแก่นนคร ซึ่งโรงเรียนมีร้านสะดวกซื้อตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียงเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่คือร้านสะดวกซื้อเซเว่น อีเลฟเว่น จึงทำให้ผู้บริโภคในกลุ่มวัยเรียนเลือกใช้บริการเป็นจำนวนมาก เนื่องจากมีความสะดวกสบายในการให้บริการ และมีบริการส่งเสริมการขายที่เหมาะสมกับกลุ่มลูกค้ากลุ่มวัยเรียน โดยเฉพาะการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน ซึ่งอาหารประเภทนี้มีความสะดวกและง่ายในการเตรียมอาหาร มีอายุของผลิตภัณฑ์ในการเก็บรักษาได้นาน คุณภาพและรสชาติของอาหารก็มีความใกล้เคียงกับอาหารปรุงสดทั่วไป หากขาดความรอบคอบในการเลือกซื้ออาหาร ก็ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ที่เลือกซื้ออาหารเช่นเดียวกัน เช่น หากรับประทานเกินความต้องการของร่างกาย อาจจะทำให้สารอาหารที่ไม่จำเป็นเกิดการสะสม หรือรับประทานอาหารที่หมดอายุ ใช้อุณหภูมิและระยะเวลาการอุ่นที่ผิด

อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ จากความเป็นมาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา ภาวะทางอารมณ์ และจิตใจ หากเด็กขาดพัฒนาการด้านต่าง ๆ ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้ผลการเรียนไม่ดี เด็กก็จะขาดความรู้ในด้านที่ควรจะได้รับอย่างเต็มที่ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กก็จะไม่สามารถนำความรู้ที่มีไปพัฒนาประเทศชาติต่อไปได้

ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยด้านส่วนประสมตลาด (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยด้านส่วนประสมตลาด) กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

นิยามศัพท์

1. พฤติกรรมในการเลือกซื้อ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร
2. ภาวะโภชนาการ หมายถึง การวัดการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็กนักเรียนโดยอ้างอิงจากกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2543 มีเกณฑ์การประเมินได้แก่ ค่อนข้างผอม ผอม สมส่วน ท้วม เริ่มอ้วน อ้วน โดยการศึกษาจะใช้วิธีการประเมินคือ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (Weight for Height) เพื่อบอกว่าบุคคลนั้นมีน้ำหนักและส่วนสูงเหมาะสมหรือไม่ เป็นเครื่องมือชี้วัดถึงภาวะโภชนาการในปัจจุบัน

3. อาหารพร้อมรับประทาน หมายถึง อาหารที่สามารถรับประทานได้ทันทีหลังจากการละลายหรือปรุงประกอบอาหารแล้ว โดยใช้ความเย็นในการรักษาคุณภาพอาหารให้คงความสดอยู่เสมอ ก่อนนำมารับประทานต้องนำมาอุ่นในอุณหภูมิที่เหมาะสม

4. ร้านสะดวกซื้อ หมายถึง ร้านจำหน่ายสินค้าปลีก มีทั้งสินค้าอุปโภค บริโภคในชีวิตประจำวัน เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน

วิธีดำเนินการ

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

2. ประชากรศึกษา คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 มีอายุระหว่าง 15-18 ปี จำนวน 726 คน

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น⁽¹⁾ จะได้จำนวนขนาดตัวอย่างประมาณ 363 คน นำจำนวนตัวอย่างมาคูณด้วยค่า Design Effect คือ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 726 คน การวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 726 คน

4. การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยแบ่งขั้นตอนการสุ่มออกดังนี้ 1) การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งชั้นภูมิตามขนาดโรงเรียน และแบ่งชั้นภูมิตามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 5 และ 6 2) การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามห้องเรียน โดยการเลือกตัวแทนนักเรียนในแต่ละชั้น ของแต่ละโรงเรียน

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม โดยจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลภาวะโภชนาการ (แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง)

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 26 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2557 โดยผู้วิจัยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามเมื่อเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม จากนั้นมอบของที่ระลึกแก่นักเรียน

7. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) จะใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยมีการแจกแจงความถี่ และข้อมูลภาวะโภชนาการของนักเรียน นำเสนอเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) การทดสอบสมมติฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้ตัวสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Test) ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผลการศึกษา

1.1 ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยส่วนบุคคล)

จากการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.94 มีอายุอยู่ในช่วง 15-16 ปี ร้อยละ 48.48 มีอายุเฉลี่ย 16.74 ปี ลำดับชั้นที่กำลังศึกษา พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 36.78 รายได้ต่อวันของนักเรียนที่ได้รับจากผู้ปกครอง น้อยกว่า 100 บาทต่อวัน ร้อยละ 72.31 ลักษณะที่พักอาศัยของนักเรียน ส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านกับผู้ปกครอง ร้อยละ 89.26 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=726)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	240	33.06
หญิง	486	66.94
อายุ		
15-16 ปี	352	48.48
17-18 ปี	348	47.93
19-20 ปี	26	3.58
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) : 16.74(1.09)		
ระดับชั้นที่กำลังศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	348	30.99
มัธยมศึกษาปีที่ 5	111	32.23
มัธยมศึกษาปีที่ 6	267	36.78
รายได้ต่อวันของนักเรียนที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)		
ต่ำกว่า 100	525	72.31
101 – 200	195	26.86
มากกว่า 200	6	0.83
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) : 108.59(37.50)		
ลักษณะที่พักอาศัยของนักเรียน		
พักอาศัยที่บ้านกับผู้ปกครอง	648	89.26
พักหอพักเพียงลำพัง	51	7.02
พักหอพักร่วมกับเพื่อน	13	1.79
พักอาศัยกับญาติ	14	1.93

1.2 พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่นักเรียนไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.36 นักเรียนมักบริโภคอาหารพร้อม

รับประทานในมือเย็นร้อยละ 53.86 และประเภทอาหารที่นักเรียนบริโภคมากที่สุด 3 อันดับแรก คือข้าวกล่อง ร้อยละ 55.79 รองลงมาคือแซนวิชร้อยละ 26.31 และไส้กรอกแฮมร้อยละ 26.17 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (N=726)

พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	99	13.64
ไม่มี	627	86.36
ท่านมักเลือกซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อในมือใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เช้า	310	42.70
ว่างเช้า	110	15.15
กลางวัน	307	42.29
เย็น	391	53.86
ก่อนนอน	69	9.50
อื่นๆ	33	4.55
ประเภทของอาหารที่ท่านมักซื้อประจำ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ข้าวกล่อง	405	55.79
แซนวิช	191	26.31
ไส้กรอก/แฮม	190	26.17
ซาลาเปา/ขนมจีบ/เกี๊ยวซ่า	87	11.99
แฮมเบอร์เกอร์	72	9.92
พิซซ่า ไก่จ้อ หมูยอกริสส์	63	8.68

1.3 ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างพบว่านักเรียนส่วน

ใหญ่มีภาวะโภชนาการในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 69.83 รองลงมาคืออ้วน ร้อยละ 8.26 และตัวผอม ร้อยละ 7.58 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลภาวะโภชนาการของนักเรียน (N=726)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผอม (<-2 SD)	17	2.34
ค่อนข้างผอม (<-1.5 SD ถึง - 2 SD)	43	5.92
สมส่วน (-1.5 SD ถึง + 1.5 SD)	507	69.83
ท้วม (>+1.5 SD ถึง +2 SD)	55	7.58
เริ่มอ้วน (+2 SD ถึง +3 SD)	44	6.06
อ้วน (>+3 SD)	60	8.26

*** ใช้เกณฑ์อ้างอิงจากกองโภชนาการ 2543

1.4 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยด้านส่วนประสมตลาด กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีอาหารที่เลือกซื้อ ประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำ ปัจจัยด้าน

สังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความรู้ ปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทัศนคติ ปัจจัยส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยมีผลจำแนกได้ตามรายชื่อของแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

1.4.1 เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ พบว่าอายุของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

อายุ (ปี)	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
15-16	63 (60.58)	102 (55.14)	119 (47.04)	68 (36.96)	352 (48.48)	21.768	0.001*
17-18	39 (37.50)	80 (43.24)	123 (48.62)	106 (57.61)	348 (47.93)		
19-20	2 (1.92)	3 (1.62)	11 (4.35)	10 (5.43)	26 (3.58)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

1.4.2 เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านมื้ออาหารที่เลือกซื้อจากร้านสะดวกซื้อ พบว่ามื้ออาหารที่ซื้อจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน มื้อก่อนนอน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 5)

1.4.3 เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำ พบว่าประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นคือประเภท ไข่ไก่ พืชจำพวกถั่วเหลือง เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 6)

1.4.4 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสังคม พบว่าครอบครัวของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเป็นประจำ ครอบครัวของนักเรียนสนับสนุนให้นักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน เพื่อนของนักเรียนชักชวนนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเสมอ เพื่อนของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานสม่ำเสมอ และแบ่งให้นักเรียนรับประทาน และเมื่อนักเรียนเห็นเพื่อนรับประทานอาหารพร้อมรับประทานก็อยากรับประทานบ้าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านมื้ออาหารที่เลือกซื้อจากร้านสะดวกซื้อ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

มื้ออาหาร	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
เช้า							
ไม่เลือก	56	89	156	116	417	11.346	0.010*
	(53.85)	(48.11)	(61.66)	(63.04)	(57.44)		
เลือก	48	96	97	68	309		
	(46.15)	(51.89)	(38.34)	(36.96)	(42.56)		
กลางวัน							
ไม่เลือก	57	98	141	125	421	10.343	0.016*
	(54.81)	(52.97)	(55.73)	(67.93)	(57.99)		
เลือก	47	87	112	59	305		
	(45.19)	(47.03)	(44.27)	(32.07)	(42.01)		
เย็น							
ไม่เลือก	94	158	231	174	657	9.310	0.025*
	(90.38)	(85.41)	(91.30)	(94.57)	(90.50)		
เลือก	10	27	22	10	69		
	(9.62)	(14.59)	(8.70)	(5.43)	(9.50)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ประเภทอาหาร	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
ไก่จ้อ พืชชา หมูยอกกริลล์							
ไม่เลือก	97 (93.27)	171 (92.43)	239 (94.47)	156 (84.78)	663 (91.32)	13.871	0.003*
เลือก	7 (6.73)	14 (7.57)	14 (5.53)	28 (15.22)	63 (8.68)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ด้านสังคม	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
ครอบครัวของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเป็นประจำ							
ไม่เลือก	36 (34.62)	88 (47.57)	124 (49.01)	113 (61.41)	361 (49.72)	19.948	<0.001*
เลือก	68 (65.38)	97 (52.43)	129 (50.99)	71 (38.59)	365 (50.28)		
ครอบครัวของนักเรียนสนับสนุนให้นักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน							
ไม่เลือก	29 (27.88)	73 (39.46)	116 (45.85)	115 (62.50)	333 (45.87)	37.106	<0.001*
เลือก	75 (72.12)	112 (60.54)	137 (54.15)	69 (37.50)	393 (54.13)		
เพื่อนของนักเรียนชักชวนนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเสมอ							
ไม่เลือก	23 (22.12)	47 (25.41)	80 (31.62)	83 (45.11)	233 (32.09)	22.876	<0.001*
เลือก	81 (77.88)	138 (74.59)	173 (68.38)	101 (54.89)	493 (67.91)		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ต่อ)

ด้านสังคม	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
เพื่อนของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานสม่ำเสมอและแบ่งให้นักเรียนรับประทาน							
ไม่เลือก	25 (24.04)	43 (23.24)	78 (30.83)	85 (46.20)	231 (31.82)	26.818	<0.001*
เลือก	79 (75.96)	142 (76.76)	175 (69.17)	99 (53.80)	495 (68.18)		
เมื่อนักเรียนเห็นเพื่อนรับประทานอาหารพร้อมรับประทานก็อยากรับประทานบ้าง							
ไม่เลือก	27 (25.96)	66 (35.68)	83 (32.81)	87 (47.28)	263 (36.23)	15.784	0.001*
เลือก	77 (74.04)	119 (64.32)	170 (67.19)	97 (52.72)	463 (63.77)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

1.4.5 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านจิตวิทยา ในส่วนของข้อมูลข่าวสาร พบว่าหัวข้อสื่อที่มีอิทธิพลในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน ข้อมูลของอาหารพร้อมรับประทานที่สนใจ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ด้านสังคม	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
สื่อที่มีอิทธิพลในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน							
หนังสือพิมพ์	3 (2.88)	5 (2.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (1.10)	36.829	0.018*
โทรทัศน์	75 (72.12)	129 (69.73)	187 (73.91)	151 (82.07)	542 (74.66)		
โปสเตอร์	8.00 (7.69)	6.00 (3.24)	13.00 (5.14)	7.00 (3.80)	34.00 (4.68)		

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ต่อ)

ด้านสังคม	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนานๆครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
นิตยสาร	3.00 (2.88)	10.00 (5.41)	12.00 (4.74)	6.00 (3.26)	31.00 (4.27)		
อินเทอร์เน็ต	14.00 (13.46)	29.00 (15.68)	26.00 (10.28)	14.00 (7.61)	83.00 (11.43)		
วิทยุ	0.00 (0.00)	2.00 (1.08)	0.00 (0.00)	1.00 (0.54)	3.00 (0.41)		
แผ่นพับ	1.00 (0.96)	4.00 (2.16)	14.00 (5.53)	5.00 (2.72)	24.00 (3.31)		
อื่นๆ	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	1.00 (0.40)	0.00 (0.00)	1.00 (0.14)		
ข้อมูลของอาหารพร้อมรับประทานที่น่าสนใจ							
ฉลาก	18	18	40	28	104	24.013	0.020*
โฆษณาการ	(17.31)	(9.73)	(15.81)	(15.22)	(14.33)		
คุณค่าทาง	52	94	97	65	308		
โฆษณาการ	(50.00)	(50.81)	(38.34)	(35.33)	(42.42)		
คุณประโยชน์	24.00	59.00	78.00	58.00	219.00		
	(23.08)	(31.89)	(30.83)	(31.52)	(30.17)		
การส่งเสริม	10.00	14.00	36.00	32.00	92.00		
การขาย	(9.62)	(7.57)	(14.23)	(17.39)	(12.67)		
สะดวก รวดเร็ว	0.00	0.00	2.00	1.00	3.00		
	(0.00)	(0.00)	(0.79)	(0.54)	(0.41)		
บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน							
สมาชิกในครอบครัว	38	71	69	48	226	25.253	<0.001*
	(36.54)	(38.38)	(27.27)	(26.09)	(31.13)		
เพื่อน	63	109	160	111	443		
	(60.58)	(58.92)	(63.24)	(60.33)	(61.02)		
ตนเอง	3	5	24	25	57		
	(2.88)	(2.70)	(9.49)	(13.59)	(7.85)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

1.4.6 ปัจจัยด้านจิตวิทยาในส่วนของความรู้ รายข้อพบว่าหัวข้อสังเกตวันเดือนปีที่หมดอายุในการ เลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานในแต่ละครั้ง และ อาหารพร้อมรับประทานมีโซเดียมในอาหารปริมาณมาก หากบริโภคประจำจะส่งผลเสียต่อร่างกายได้ มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับ ประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 9)

1.4.7 ปัจจัยด้านจิตวิทยาในส่วนของทัศนคติ พบว่าทัศนคติโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ เลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อพบว่าหัวข้อการรับประทานอาหาร พร้อมรับประทานในแต่ละมื้อ ทำให้ร่างกายได้รับสาร อาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารพร้อมรับประทาน

เป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอต่อ ความต้องการของร่างกาย อาหารพร้อมรับประทานให้ สารอาหารจำพวกวิตามิน เกลือแร่ แต่มีใยอาหารน้อย อาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีความปลอดภัย และ บรรจุภัณฑ์ของอาหารไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค อาหาร พร้อมรับประทานให้คุณค่าของอาหารเท่าเทียมกับอาหาร ปปรุงสดใหม่ อาหารพร้อมรับประทานสด สะอาด เสมอ สารปรุงแต่งในอาหารพร้อมรับประทานไม่เป็นผลเสียต่อ สุขภาพและอาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีขั้นตอน การผลิตที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคมากกว่าอาหารทั่วไป ที่ผ่านการปรุงประกอบทันที มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวก ซื้อ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา ในส่วนของความรู้ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อม รับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ความรู้	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
สังเกตวันเดือนปีที่หมดอายุในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานในแต่ละครั้ง							
ตอบถูก	73 (70.19)	136 (73.91)	199 (78.66)	161 (87.50)	569 (78.48)	15.372	0.002*
อาหารพร้อมรับประทานมีโซเดียมปริมาณมาก หากบริโภคประจำจะส่งผลเสียต่อร่างกายได้							
ตอบถูก	52 (50.00)	92 (49.73)	145 (57.31)	125 (67.93)	414 (57.02)	15.057	0.002*

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านทัศนคติ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ทัศนคติ	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
การรับประทานอาหารพร้อมรับประทานในแต่ละมื้อ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่							
ไม่เห็นด้วย	9 (8.65)	22 (11.89)	60 (23.72)	61 (33.15)	152 (20.94)	56.708	<0.001*
ไม่แน่ใจ	12 (11.54)	49 (26.49)	55 (21.74)	49 (26.63)	165 (22.73)		
เห็นด้วย	83.00 (79.81)	114.00 (61.62)	138.00 (54.55)	74.00 (40.22)	409.00 (56.34)		
การรับประทานอาหารพร้อมรับประทานเป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย							
ไม่เห็นด้วย	9 (8.65)	28 (15.14)	54 (21.34)	71 (38.59)	162 (22.31)	60.561	<0.001*
ไม่แน่ใจ	16 (15.38)	49 (26.49)	71 (28.06)	45 (24.46)	181 (24.93)		
เห็นด้วย	79.00 (75.96)	108.00 (58.38)	128.00 (50.59)	68.00 (36.96)	383.00 (52.75)		
อาหารพร้อมรับประทานให้สารอาหารจำพวกวิตามินเกลือแร่ แต่มีใยอาหารน้อย							
ไม่เห็นด้วย	8 (7.69)	15 (8.11)	16 (6.32)	17 (9.24)	56 (7.71)	23.582	0.001*
ไม่แน่ใจ	19 (18.27)	54 (29.19)	102 (40.32)	75 (40.76)	250 (34.44)		
เห็นด้วย	77.00 (74.04)	116.00 (62.70)	135.00 (53.36)	92.00 (50.00)	420.00 (57.85)		
อาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีความปลอดภัย และบรรจุภัณฑ์ของอาหารไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค							
ไม่เห็นด้วย	13 (12.50)	19 (10.27)	31 (12.25)	41 (22.28)	104 (14.33)	40.148	<0.001*
ไม่แน่ใจ	19 (18.27)	65 (35.14)	111 (43.87)	72 (39.13)	267 (36.78)		
เห็นด้วย	72.00 (69.23)	101.00 (54.59)	111.00 (43.87)	71.00 (38.59)	355.00 (48.90)		

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา ด้านทัศนคติ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ต่อ)

ทัศนคติ	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
อาหารพร้อมรับประทานให้คุณค่าของอาหารเท่าเทียมกับอาหารปรุงสดใหม่							
ไม่เห็นด้วย	19 (18.27)	44 (23.78)	78 (30.83)	96 (52.17)	237 (32.64)	71.737	<0.001*
ไม่แน่ใจ	17 (16.35)	59 (31.89)	85 (33.60)	33 (17.93)	194 (26.72)		
เห็นด้วย	68.00 (65.38)	82.00 (44.32)	90.00 (35.57)	55.00 (29.89)	295.00 (40.63)		
อาหารพร้อมรับประทานสด สะอาดเสมอ							
ไม่เห็นด้วย	12 (11.54)	32 (17.30)	71 (28.06)	75 (40.76)	190 (26.17)	48.925	<0.001*
ไม่แน่ใจ	24 (23.08)	60 (32.43)	74 (29.25)	49 (26.63)	207 (28.51)		
เห็นด้วย	68.00 (65.38)	93.00 (50.27)	108.00 (42.69)	60.00 (32.61)	329.00 (45.32)		
สารปรุงแต่งในอาหารพร้อมรับประทานไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ							
ไม่เห็นด้วย	18 (17.31)	40 (21.62)	84 (33.20)	85 (46.20)	227 (31.27)	50.384	<0.001*
ไม่แน่ใจ	23 (22.12)	56 (30.27)	75 (29.64)	51 (27.72)	205 (28.24)		
เห็นด้วย	63.00 (60.58)	89.00 (48.11)	94.00 (37.15)	48.00 (26.09)	294.00 (40.50)		
อาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีขั้นตอนการผลิตที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคมากกว่าอาหารทั่วไปที่ผ่านการปรุงประกอบทันที							
ไม่เห็นด้วย	7 (6.73)	23 (12.43)	32 (12.65)	40 (21.74)	102 (14.05)	37.962	<0.001*
ไม่แน่ใจ	28 (26.92)	63 (34.05)	105 (41.50)	84 (45.65)	280 (38.57)		
เห็นด้วย	69.00 (66.35)	99.00 (53.51)	116.00 (45.85)	60.00 (32.61)	344.00 (47.38)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

1.4.8 ปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าปริมาณในการบรรจุเพียงพอต่อการบริโภค รสชาติอาหารถูกใจผู้บริโภค ความสวยงามของบรรจุภัณฑ์ และลักษณะ/สีสันทของอาหารชวนให้รับประทานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ด้านผลิตภัณฑ์	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
ปริมาณในการบรรจุเพียงพอต่อการบริโภค							
น้อยที่สุด	2 (1.92)	5 (2.70)	8 (3.16)	6 (3.26)	21 (2.89)	46.120	<0.001*
น้อย	2 (1.92)	13 (7.03)	33 (13.04)	28 (15.22)	76 (10.47)		
ปานกลาง	26.00 (25.00)	57.00 (30.81)	98.00 (38.74)	82.00 (44.57)	263.00 (36.23)		
มาก	42.00 (40.38)	67.00 (36.22)	61.00 (24.11)	36.00 (19.57)	206.00 (28.37)		
มากที่สุด	32.00 (30.77)	43.00 (23.24)	53.00 (20.95)	32.00 (17.39)	160.00 (22.04)		
รสชาติอาหารถูกใจผู้บริโภค							
น้อยที่สุด	2 (1.92)	2 (1.08)	2 (0.79)	4 (2.17)	10 (1.38)	23.068	0.027*
น้อย	2 (1.92)	6 (3.24)	9 (3.56)	18 (9.78)	35 (4.82)		
ปานกลาง	29.00 (27.88)	58.00 (31.35)	95.00 (37.55)	70.00 (38.04)	252.00 (34.71)		
มาก	44.00 (42.31)	76.00 (41.08)	94.00 (37.15)	59.00 (32.07)	273.00 (37.60)		
มากที่สุด	27.00 (25.96)	43.00 (23.24)	53.00 (20.95)	33.00 (17.93)	156.00 (21.49)		

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ต่อ)

ด้านผลิตภัณฑ์	พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
ความสวยงามของบรรจุภัณฑ์							
น้อยที่สุด	0	6	3	3	12	21.755	0.040*
	(0.00)	(3.24)	(1.19)	(1.63)	(1.65)		
น้อย	5	8	21	11	45		
	(4.81)	(4.32)	(8.30)	(5.98)	(6.20)		
ปานกลาง	31.00	54.00	97.00	79.00	261.00		
	(29.81)	(29.19)	(38.34)	(42.93)	(35.95)		
มาก	47.00	70.00	85.00	59.00	261.00		
	(45.19)	(37.84)	(33.60)	(32.07)	(35.95)		
มากที่สุด	21.00	47.00	47.00	32.00	147.00		
	(20.19)	(25.41)	(18.58)	(17.39)	(20.25)		
ลักษณะ/สีส่นของอาหารชวนให้รับประทาน							
น้อยที่สุด	1	6	6	3	16	22.306	0.034*
	(0.96)	(3.24)	(2.37)	(1.63)	(2.20)		
น้อย	4	12	16	12	44		
	(3.85)	(6.49)	(6.32)	(6.52)	(6.06)		
ปานกลาง	28.00	60.00	88.00	81.00	257.00		
	(26.92)	(32.43)	(34.78)	(44.02)	(35.40)		
มาก	43.00	55.00	97.00	58.00	253.00		
	(41.35)	(29.73)	(38.34)	(31.52)	(34.85)		
มากที่สุด	28.00	52.00	46.00	30.00	156.00		
	(26.92)	(28.11)	(18.18)	(16.30)	(21.49)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

1.4.9 ปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านราคาเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าราคาเหมาะสมสำหรับผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์มีราคาหลายระดับให้เลือก และราคาคุ้มค่ากับปริมาณอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านราคา กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

ด้านราคา	ความถี่ในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อโดยรวม				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคนานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ไม่บริโภคเลย			
ราคาเหมาะสมสำหรับผู้บริโภค							
น้อยที่สุด	2	8	8	5	23	35.089	<0.001*
	(1.92)	(4.32)	(3.16)	(2.72)	(3.17)		
น้อย	6	7	26	31	70		
	(5.77)	(3.78)	(10.28)	(16.85)	(9.64)		
ปานกลาง	25.00	62.00	95.00	67.00	249.00		
	(24.04)	(33.51)	(37.55)	(36.41)	(34.30)		
มาก	34.00	58.00	69.00	38.00	199.00		
	(32.69)	(31.35)	(27.27)	(20.65)	(27.41)		
มากที่สุด	37.00	50.00	55.00	43.00	185.00		
	(35.58)	(27.03)	(21.74)	(23.37)	(25.48)		
ผลิตภัณฑ์มีราคาหลายระดับให้เลือก							
น้อยที่สุด	0	4	4	3	11	24.605	0.017*
	(0.00)	(2.16)	(1.58)	(1.63)	(1.52)		
น้อย	3	8	20	19	50		
	(2.88)	(4.32)	(7.91)	(10.33)	(6.89)		
ปานกลาง	30.00	48.00	74.00	62.00	214.00		
	(28.85)	(25.95)	(29.25)	(33.70)	(29.48)		
มาก	35.00	72.00	103.00	69.00	279.00		
	(33.65)	(38.92)	(40.71)	(37.50)	(38.43)		
มากที่สุด	36.00	53.00	52.00	31.00	172.00		
	(34.62)	(28.65)	(20.55)	(16.85)	(23.69)		

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางส่วนประสมตลาดด้านราคา กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ (ต่อ)

ด้านราคา	ความถี่ในการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อโดยรวม				รวม	χ^2	p-value
	บริโภคเป็นประจำ	บริโภคปานกลาง	บริโภคน้อย	บริโภคนาน ๆ ครั้ง/ ไม่บริโภคเลย			
ราคาคุ้มค่ากับปริมาณอาหาร							
น้อยที่สุด	4 (3.85)	9 (4.86)	14 (5.53)	14 (7.61)	41 (5.65)	29.431	0.003*
น้อย	4 (3.85)	14 (7.57)	33 (13.04)	32 (17.39)	83 (11.43)		
ปานกลาง	27.00 (25.96)	58.00 (31.35)	80.00 (31.62)	62.00 (33.70)	227.00 (31.27)		
มาก	43.00 (41.35)	54.00 (29.19)	71.00 (28.06)	38.00 (20.65)	206.00 (28.37)		
มากที่สุด	26.00 (25.00)	50.00 (27.03)	55.00 (21.74)	38.00 (20.65)	169.00 (23.28)		

*มีนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-16 ปี ระดับชั้นที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 รายได้ต่อวันของนักเรียนที่ได้รับจากผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 100-200 บาท ลักษณะที่พักอาศัยของนักเรียนส่วนใหญ่คือพักอาศัยที่บ้านกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับ นุชนาฏ แก้วบัว⁽²⁾ ที่พบว่าปัจจุบันนักศึกษาส่วนใหญ่อาศัยกับผู้ปกครอง และสอดคล้องกับ อินทรา แก้วมาตร⁽³⁾ ที่พบว่านักศึกษามีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อวันอยู่ระหว่าง 101-120 บาท ซึ่งตรงกับผลการศึกษาที่รายได้ต่อวันของนักเรียนเท่ากับ 100-200 บาท และลักษณะที่พักอาศัยของนักเรียนคือพักบ้านกับผู้ปกครอง

2. พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ

จากการศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนส่วนใหญ่ นักเรียนไม่มีโรคประจำตัว นักเรียนมักบริโภคอาหารพร้อมรับประทานในมื้อเย็น และประเภทอาหารที่นักเรียนบริโภคมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้าวกล่อง รองลงมาคือ แซนวิช และไส้กรอกแฉมตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับเจตน์ ต้นจันทร์พงศ์⁽⁴⁾ ที่พบว่านักศึกษามักซื้ออาหารจากร้านสะดวกซื้อในมื้อเย็น เพราะจากการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่จะมักซื้ออาหารพร้อมรับประทานบริโภคในมื้อเย็นหลังเลิกเรียน และสอดคล้องกับ นุชนาฏ แก้วบัว⁽²⁾ ที่พบว่านักศึกษานิยมซื้อและชอบบริโภคอาหารแช่แข็งที่พร้อมบริโภคประเภทอาหารมื้อหลัก ประเภทอาหารจานเดียว เช่น ข้าวผัด ข้าว

กะเพรา อาจเพราะสะดวกในการบริโภค และราคาไม่แพง และคล้ายกับ วรรณปกรณ์ สุดตะนา⁽⁵⁾ ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีรูปแบบการบริโภคอาหารต่างจากเดิม คือ มีรูปแบบการบริโภคแบบสังคมเมืองมากขึ้น มีการบริโภคอาหารสำเร็จรูป และอาหารจานเดียวแบบง่าย ๆ

3. ภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ภาวะโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงจากกองโภชนาการ 2534⁽⁶⁾ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สมส่วนร้อยละ 69.83 รองลงมาคืออ้วนและท้วม ซึ่งคล้ายกับ อินทรา แก้วมาตร⁽³⁾ ที่พบว่าด้านภาวะโภชนาการของนักศึกษาส่วนใหญ่ที่ร่างกายสมส่วน

4. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยด้านส่วนประสมตลาดกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา มื้ออาหารที่เลือกซื้อ ประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความรู้ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทัศนคติ ปัจจัยส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับ นิตยา กุลวงษ์⁽⁷⁾ ที่พบว่า และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้าของผู้บริโภคในร้านสะดวกซื้อในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ในส่วนของเพศนั้นไม่สอดคล้องกัน เพราะจากการหาความสัมพันธ์ในส่วนของเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียน

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว นักเรียนมักบริโภคอาหารพร้อมรับประทานในมือเย็น และประเภทอาหารที่นักเรียนบริโภคมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้าวกล่อง รองลงมาคือ แซนวิช และไส้กรอกแฮมตามลำดับ

ในส่วนของภาวะโภชนาการพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการในเกณฑ์สมส่วน รองลงมาคือ อ้วน และท้วมตามลำดับ และในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มื้ออาหารที่เลือกซื้อ (มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อก่อนนอน) ประเภทของอาหารที่มักซื้อประจำ (ไก่จ้อ พิซซ่า และหมูยอกกริลล์) ปัจจัยด้านสังคม (ครอบครัวของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเป็นประจำ ครอบครัวของนักเรียนสนับสนุนให้นักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน เพื่อนของนักเรียนชักชวนนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานเสมอ เพื่อนของนักเรียนบริโภคอาหารพร้อมรับประทานสม่ำเสมอและแบ่งให้นักเรียนรับประทาน และเมื่อนักเรียนเห็นเพื่อนรับประทานอาหารพร้อมรับประทานก็อยากรับประทานบ้าง) ปัจจัยทางจิตวิทยาในส่วนของข้อมูลข่าวสาร (สื่อที่มีอิทธิพลในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานและข้อมูลของอาหารพร้อมรับประทานที่สนใจ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทาน) ปัจจัยทางจิตวิทยาในส่วนของความรู้ (ข้อสังเกตวันเดือนปีที่หมดอายุในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานในแต่ละครั้ง และอาหารพร้อมรับประทานมีโซเดียมในอาหารปริมาณมาก หากบริโภคประจำจะส่งผลเสียต่อร่างกาย) และในส่วนของทัศนคติ (การรับประทานอาหารพร้อมรับประทานในแต่ละมื้อทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารพร้อมรับประทานเป็นประจำทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาหารพร้อมรับประทานให้สารอาหารจำพวกวิตามิน เกลือแร่ แต่มีใยอาหารน้อย อาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีความปลอดภัย บรรจุภัณฑ์ของอาหารไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคอาหารพร้อมรับประทานให้

คุณค่าของอาหารเท่าเทียมกับอาหารปรุงสดใหม่ อาหารพร้อมรับประทานสด สะอาด เสมอสารปรุงแต่งในอาหารพร้อมรับประทานไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ และอาหารพร้อมรับประทานทุกชนิดมีขั้นตอนการผลิตที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคมากกว่าอาหารทั่วไปที่ผ่านการปรุงประกอบทันที) ปัจจัยส่วนประสมตลาดด้านผลิตภัณฑ์ (ปริมาณในการบรรจุเพียงพอต่อการบริโภค รสชาติอาหารถูกใจผู้บริโภค ความสวยงามของบรรจุภัณฑ์ และลักษณะ/สีสันทของอาหารชวนให้รับประทาน) และด้านราคา (ราคาเหมาะสมสำหรับผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์มีราคาหลายระดับให้เลือก และราคาคุ้มค่ากับปริมาณอาหาร) ปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

นักเรียนส่วนใหญ่ที่มักมีการบริโภคอาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อเป็นประจำ อาจจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จึงควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อ และภาวะโภชนาการระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานในแต่ละช่วงวัย ว่าแตกต่างกันอย่างไร

2. ควรส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ ส่งเสริมการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับนักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการที่ปกติ และเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหารพร้อมรับประทาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิตชาธ ภาโนมัย ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณาจารย์ภาควิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน สำหรับข้อเสนอแนะ คำปรึกษา และได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับผู้วิจัยได้นำมาใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ และคณาจารย์โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน กัลยาณวัตร แก่นนครวิทยาลัย และขามแก่นนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณ จิรวัดน์กุล, ชิวสฤติ, พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2550.
2. นุชนาฏ แก้วบัว. พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. อินทรา แก้วมาตร. ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาสาขาอาหารและโภชนาการ วิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
4. เจตน์ ตันจันทร์พงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อสินค้าจากร้านสะดวกซื้อ และพฤติกรรมในการซื้อสินค้าจากร้านสะดวกซื้อของผู้บริโภคในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
5. วรณปรกรณ์ สุดตะนะ. โภชนาการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานวิทยาเขตกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.

6. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูง
เพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2543.
7. นิตยา กุลวงษ์. พฤติกรรมการซื้อสินค้าในร้านสะดวก
ซื้อของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร [ภาคนิพนธ์
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏจันทรเกษม; 2549.

การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด Quality improvement of district health management using benchmarking at the Khonkaen local sub-district administrative organization, Maueng district, Roi-Et province

ชุลีลักษณ์ หนูเสน ส.ม. (สาธารณสุข)

Chuleelux Nusen M.P.H. (Public Health)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการมุ่งเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงมีขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย เรียนรู้ทำความเข้าใจวิธีการทำงานของตนเอง เลือกหัวข้อและคู่เทียบ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล หาช่องว่าง วางแผน และทำการปรับปรุง ทบทวนการเทียบรอย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอย ส่งผลให้หลังการพัฒนาดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกระบวนการพัฒนามีการศึกษาค้นคว้าแบบส่องสะท้อนตนเองเป็นหมุ่คณะของกลุ่มปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเทียบเคียง Benchmarking ซึ่งมี 6 ขั้นตอนตามกระบวนการเทียบรอยของคุก (Cook's)

โดยสรุป การเทียบรอยทำให้มีการจัดระบบวางแผน และมีการจัดการการติดตามที่ดี มีการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหว และสร้างความรู้สึกร่วมของการมีส่วนร่วมในทุกด้าน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ตำบลจัดการสุขภาพ การมีส่วนร่วม การเทียบรอย องค์การบริหารส่วนตำบล

Abstract

The development of people and local administrative organization's roles emphasized the participation in health management and the learning participation may increase the district Health Management capacity. This research investigated the improvement processes of the district health management at Khonkaen district local

administration Muang Roi-et. Thirty-three of target were purposive recruited into the research program. The program comprises the self-understanding process and then selected the unqualified criteria. The data of the unqualified criteria were collected and analyzed. Then the improvement plan had been synthesized using six steps of Cook's benchmarking method which compare to the qualified health management district. The data was collected using the questionnaire and the activity recording book, then analyzed using descriptive statistic and paired t-test significance level at 0.05. The results shows that using benchmarking at the planning increased the development progression significantly ($p < 0.001$). The members of the health promotion fund increase their participation in district health management and then passed the district health management evaluation with excellent level. In conclusion, using the benchmarking provide the well planning, management, follow up process and public relationship resulting the key success which is personnel and wisdom creating then create the healthy community.

Keywords: district health management, participation, benchmark, local sub-district administrative organization

บทนำ

การสาธารณสุขไทยได้มีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหลักการ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ได้ถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีอันเป็นรากฐานสำคัญยิ่ง โดยมุ่งหวังให้เกิดความครอบคลุมและเป็นธรรมในด้านการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนซึ่งสมควรได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดการพึ่งตนเอง หรือการดูแลสุขภาพของตนเองได้ระดับหนึ่ง⁽¹⁾ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงได้พัฒนากลไกการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อให้เกิดตำบลจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งที่เป็นเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงาน โดยอาศัยแผนสุขภาพตำบล กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และอื่น ๆ เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้ใช้พลังความคิดและภูมิปัญญาท้องถิ่น พัฒนาโครงการและริเริ่มสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ที่นำสู่วัตรกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและจัดการสุขภาพภาคของประชาชนในชุมชนให้เกิดเป็นตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพที่ดี มีระบบเฝ้าระวังภัยพิบัติ คุณภาพสุขภาพ และที่สำคัญพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่หลากหลายแสดงถึงการลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เกิดแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขได้

จัดทำแบบประเมินตนเองในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพโดยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 5 ระดับ คือระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม เพื่อให้พื้นที่สามารถนำไปประเมินตนเองทราบสถานะด้านการพัฒนาสุขภาพ กระตุ้นชุมชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วม ส่งผลให้ระบบสุขภาพชุมชนโดยรวมเกิดประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน⁽²⁾

จังหวัดร้อยเอ็ดมีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน และจากการประเมินผลตำบลจัดการสุขภาพในปี 2555 พบว่าตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินตำบลจัดการสุขภาพระดับพื้นฐานจำนวน 192 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งพบว่าทุกตำบลผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน ประกอบไปด้วย การมีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบล ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคประชาชน การสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันมีกระบวนการจัดทำแผนสุขภาพร่วมกัน มีการพัฒนาองค์ความรู้ อสม. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทุนของวิสาหกิจชุมชนระดับพัฒนาจำนวน 102 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 53.12 ประกอบด้วยการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชนเพื่อสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน และ

ร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบล มีการระดมทรัพยากรทุน ภูมิปัญญาท้องถิ่น การสื่อสารแผนงาน ปัญหาที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือไม่มีการระดมทุนจากชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม) ระดับดี จำนวน 53 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 27.6 ประกอบด้วยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนแผน มีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ มีกิจกรรมเชิงรุกในหมู่บ้าน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) การเฝ้าระวังโรค/การเฝ้าระวังพฤติกรรม การคัดกรอง การคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหาที่พบคือ การรวมตัวของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการวิสาหกิจชุมชน การมีความรู้สึกเป็นเจ้าของแผนงาน โครงการระดับดีมาก จำนวน 24 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 13 ประกอบด้วย มีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่พบคือ การสรุปประเมินผลเพื่อปรับกระบวนการกิจกรรมการพัฒนา การมีมาตรการทางสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคม การมีวิสาหกิจชุมชนพื้นฐาน (การดำเนินการเพื่อกิน ใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ) อย่างน้อย 2 แห่งต่อตำบล ระดับดีเยี่ยม จำนวน 13 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 7 ประกอบด้วย การมีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครูหรือวิทยากรกระบวนการ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ การพัฒนาศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอย่างกว้างขวาง การมีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลิตภัณฑ์ที่เหลือกินเหลือใช้ในชุมชนเข้าสู่ตลาดบริโภคอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง⁽³⁾

องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 14 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,792 หลังคาเรือน มีประชากรเพศชายจำนวน 3,749 คน และเพศหญิงจำนวน 3,949

คน รวมทั้งสิ้น 7,699 คน ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา หลังฤดูทำนาประชาชนส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง ปศุศยาสูบและเลี้ยงสัตว์สภาพครอบครัวเป็นแบบกิ่งเมือง ประชากรมีฐานะปานกลางถึงยากจน⁽⁴⁾ และจากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2555 ผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน พบปัญหาและอุปสรรคหลายอย่างเช่น กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพของตำบลนั้น พบว่ามีการจัดเวทีประชาคมด้านสุขภาพ แต่ความเข้าใจหรือการเห็นความสำคัญของชุมชนยังมีน้อย และการเก็บข้อมูลของชุมชน อสม.จะเป็นผู้ดำเนินการ และประมวลผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การวางแผนส่วนใหญ่ดำเนินงานตามกรอบที่นโยบายกำหนด ขาดการวางแผนที่สอดคล้องกับปัญหาและการตอบสนองความต้องการของชุมชนปัญหาแหล่งทุนที่ใช้ได้มาจากงบประมาณ อบต. หมู่ละ 10,000 บาทเท่านั้น ด้านการจัดสรรงบประมาณล่าช้า ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่ต้องการดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่นำมาเป็นค่าบริหารจัดการในระดับต่างๆคงเหลือนำมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพในหมู่บ้านเพียงส่วนน้อยซึ่งไม่เพียงพอ ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน ไม่มีบริการข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำหมู่บ้าน(ศสมช.) เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ข้อมูลบางส่วนที่มีก็ไม่เป็นปัจจุบัน การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ดำเนินการให้อสม. ร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นคราวๆ ไปจากการแจ้งของเจ้าหน้าที่

การวัดเปรียบเทียบสมรรถนะ (Benchmarking) คือ กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) โดยมีแนวคิดว่า องค์กรใดองค์กรหนึ่งนั้นไม่ได้เก่งไปทุกเรื่อง มีองค์กรที่เก่งกว่าในบางเรื่อง ดังนั้น การศึกษาจากประสบการณ์ตรงขององค์กรอื่น แล้วนำมาประยุกต์ให้เหมาะสม จะช่วยประหยัดเวลาและลดการดำเนินงานแบบลองผิดลองถูก ทำให้ทราบถึงศักยภาพหรือขีดความสามารถที่แท้จริงขององค์กรของตนเอง ทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่ม

ศักยภาพในการแข่งขัน⁽⁵⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพระดับจังหวัด จึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ โดยการเทียบเคียงกับตำบลจัดการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีเยี่ยมของจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่อผู้บริหารในการกำหนดแนวทางการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของจังหวัดร้อยเอ็ด ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป โดยผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น เพื่อให้มีผลในการประเมินตำบลจัดการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเทียบเคียง Benchmarking ทฤษฎีการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนของคุก (cook's) 6 ขั้นตอนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และมีความคาดหวังในระยะยาว คือการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพโดยการเทียบรอย ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพภาคประชาชนในชุมชนให้เกิดเป็น ตำบลต้นแบบกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ขยายการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น หรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ดโดยวิธีการเทียบรอย

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทสภาพการณ์กระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมกระบวนการ

ดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด กับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลแสนชาติ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

2.3 เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ในการขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบสุขภาพภาคประชาชน ตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของคุก (cook's) 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 เรียนรู้ทำความเข้าใจวิธีการทำงาน

ของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 เลือกหัวข้อและคู่เทียบ

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลหาช่องว่าง

ขั้นตอนที่ 5 วางแผนและทำการปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 6 ทบทวนการเทียบรอย

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน ประกอบด้วยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น จำนวน 15 คน ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหารที่ได้รับการแต่งตั้งโดย

ตำแหน่ง ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้รับผิดชอบงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนที่มาจาก การคัดเลือกจากตัวแทนหมู่บ้านได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน สมาชิก อบต. จำนวน 2 คน อสม. จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน 5 คน และตัวแทนองค์กรเอกชนในพื้นที่ หากมี ส่วนคณะอนุกรรมการกองทุนแต่งตั้งโดยประธาน กรรมการกองทุน จำนวน 15 คน ได้มาจาก เจ้าหน้าที่ส่วน การเงินการคลัง อบต. 1 คน เจ้าหน้าที่ธุรการ อบต. 1 คน เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ตัวแทนครูอนามัย โรงเรียนในเขตพื้นที่ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 5 คนและตัวแทน อสม. จำนวน 5 คน รวม 15 คน

3. พื้นที่ทำการวิจัยเลือกพื้นที่แบบ Purposive selection โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ในการดำเนินการ วิจัย คือ 1) เป็นตำบลที่มีการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ อยู่ในระดับพื้นฐานหรือระดับพัฒนา 2) เป็นตำบลที่อยู่ ไม่ไกลจากจังหวัดร้อยเอ็ด และยังไม่มีการพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม 3) เป็นตำบลที่มีความ พร้อมให้ความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนการเทียบรอย ประกอบด้วย

- ตารางบันทึกข้อมูลกระบวนการพัฒนาตำบล จัดการสุขภาพ
- ผังขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพ
- ตารางวิเคราะห์กระบวนการ เพื่อวิเคราะห์ และสรุปประเด็นความแตกต่างเหตุผล และจุดสำคัญของ วิธีปฏิบัติ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม (Questionnaires) แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม เพศ อายุ การศึกษา การประกอบ

อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น สถานภาพ ในชุมชน แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ การดำเนินงานตำบล จัดการสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือกคือใช่ และไม่ใช่ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบ เดียว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็น แบบปลายปิด (Closed-end Question) ข้อความด้านบวก และด้านลบ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีการ วัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จาก 5 ตัวเลือก โดยมีระดับการมีส่วนร่วมตั้งแต่ เลือกตอบได้ 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยและ ระดับน้อยที่สุด โดยให้เลือกได้เพียงคำตอบเดียว โดยมี ระดับการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับมากที่สุด-น้อยที่สุด จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) คือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
2. ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาต้องตาม หลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี ครอบคลุมเนื้อหา ตามกรอบ แนวคิด
4. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบสนทนา และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการ แปลผล
5. นำแบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบสนทนา ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อเสนอและนำไป ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมครบถ้วน และสอดคล้องตาม

วัตถุประสงค์ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด และตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องโดยให้คำตอบขึ้น IOC โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ + 1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินได้ว่าข้อคำถาม คำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

พิจารณาค่า IOC แต่ละข้อตั้งแต่ 0.5 - 7 ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้องกัน เมื่อปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำเครื่องมือตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือตำบลหนองตาไก้ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try out) ใช้สอบถามกับคณะกรรมการกองทุนสุขภาพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา

2. หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม

2.1) ดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของการทดสอบ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับเวลาที่เหมาะสม โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach alpha Coefficient) การวิเคราะห์ค่าต้องได้มากกว่า 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับเครื่องมือนั้นมีความเชื่อมั่น⁽⁶⁾ จากการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ .867 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้

2.2) วิเคราะห์แบบสอบถามรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correction Analysis) ในข้อคำถาม

ทั้งหมดด้วยวิธีการของ Kuder Richardson โดยการใช้สูตร KR-20 ซึ่งค่าความเชื่อมั่น 0.2 ขึ้นไป ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความจำเป็นและสามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป⁽⁷⁾ จากผลการวิเคราะห์ค่าความยากง่าย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.66 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) มีขั้นตอนดังนี้

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะศึกษาค้นคว้าวิจัย

1.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3 ส่งโครงร่างวิจัย เสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

1.4 สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย

1.5 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

1.6 ติดต่อประสานงานองค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ

1.7 เตรียมกลุ่มประชากรศึกษา

1.8 แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบบันทึกการประชุม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกต

1.9 วางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัย ปฏิบัติการ (Action Research)

2. ระยะปฏิบัติการวิจัย (Research Phase)

ขั้นที่ 1 เรียนรู้ทำความเข้าใจวิธีการทำงานของตนเอง

- การศึกษาวิเคราะห์บริบทของพื้นที่ประเมินสถานการณ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น

- ประชุมสรุปเลือกกระบวนการที่จะปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 2 เลือกหัวข้อและคู่เทียบ

- ประชุมคณะกรรมการเพื่อกำหนดหัวข้อของการเทียบรอยและคู่เทียบ
- ศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตำบลจัดการสุขภาพที่เป็นคู่เทียบ
- สัมภาษณ์คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลแสนชาติ อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด และตารางบันทึกข้อมูลกระบวนการ
- บันทึกกระบวนการลงในผังกระบวนการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูลเปรียบเทียบ

- สร้างผังกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลแสนชาติ และตำบลขอนแก่น เพื่อเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานเป็นการค้นหาตนเอง ค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดจากหน่วยงานอื่นที่กระบวนการคล้ายกัน และนำวิธีปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ของหน่วยงานอื่นมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตนเอง เพื่อพัฒนาตนเองให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลหาช่วงห่างโดยการเปรียบเทียบข้อมูล

- การเปรียบเทียบข้อมูลในผังกระบวนการ
- หาประเด็นความแตกต่างในเชิงปริมาณของผังกระบวนการขององค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น และองค์การบริหารส่วนตำบลแสนชาติ

ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนปรับปรุง โดยหาความแตกต่างของช่องว่างระหว่างตนเองกับคู่เทียบ

- ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จัดทำแผนปรับปรุงส่วนต่าง

ขั้นตอนที่ 6 ทบทวนการเทียบรอย

- ปฏิบัติตามกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบใหม่ที่ได้รับการตรวจสอบเหมือนกับคู่เทียบ
- สรุปผลถอดบทเรียน
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
- ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพรายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สถานภาพในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แหล่งข้อมูลคือ บุคคล วิธีการเก็บได้แก่ การสนทนาแบบมีส่วนร่วมในระหว่างการศึกษาดูงาน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา ระหว่างการสนทนาจะพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูดคุย แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชม. ภายหลังเสร็จสิ้นการสนทนาแบบมีส่วนร่วมแล้วรีบบันทึกข้อมูล และสถานการณ์ในการประชุม การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depht Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแสนชาติ อำเภอจังหาร จำนวน 25 คน ใช้เวลาประมาณ 1 ชม. 30 นาที วิธีการบันทึกข้อมูล คือการจดบันทึก การบันทึกภาพ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลดังนี้

1. การวัดความรู้เรื่องตำบลจัดการสุขภาพจำนวน 15 ข้อ การแปลผลระดับคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ ก่อน-หลัง การพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. การวัดผลกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ การแปลผลระดับคะแนนการมีส่วนร่วม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามมาตรวัดของ Likert (Likert's Scale) มี 5 ระดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบลักษณะข้อคำถาม คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

3. แบบสอบถามปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินงาน ตำบลจัดการสุขภาพ ลักษณะคำถามปลายเปิด บันทึกผลการดำเนินกิจกรรมโดยใช้วิธีสังเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็นสำคัญที่ค้นพบ

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ คะแนนด้านความรู้และการปฏิบัติ ก่อน-หลัง การพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ เมื่อได้แบบสอบถาม ทั้งหมดแล้ว นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ทำคู่มือลงรหัส และนำไปลงรหัส นำมาคำนวณโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่และคำนวณค่า ร้อยละและค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงปริมาณ ตรวจสอบ ความถูกต้องครบถ้วน วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป คอมพิวเตอร์ ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปของตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วย สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

1.2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับตำบลจัดการสุขภาพ แปลผลเป็นค่าคะแนน การเปรียบเทียบเป็นค่าคะแนน เฉลี่ยความแตกต่างก่อน-หลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

1.3 ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลทั่วไปของชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ฯลฯ ใช้วิธีการบรรยายข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการ สันทนาแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็น ปัญหาที่ศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับ เปรียบเทียบความรู้ กระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม ก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

พบว่าการพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน ท้องถิ่น หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัย ปฏิบัติการ (Action Research) ทฤษฎีการเทียบเคียง Benchmarking โดยประยุกต์ใช้รูปแบบของคุก (Cook's) 6 ขั้นตอน กับองค์การบริหารส่วนตำบลแสนชาติ อำเภอ จันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาค้นคว้าแบบสอง สะท้อนตนเองเป็นหมู่คณะของกลุ่มปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพและ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ ให้สอดคล้องกับ ภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้หลัง การพัฒนาการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีขึ้นกว่า ก่อนพัฒนา แสดงให้เห็นว่าหลังพัฒนามีผลทำให้คณะ กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น มีส่วนร่วมใน กระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพทุกขั้นตอน มีกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จของการพัฒนา ตำบลจัดการสุขภาพระดับดีเยี่ยม ที่ผู้วิจัยเรียกว่า 3 ส. คือ สร้างคน สร้างปัญญา สร้างสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง

ผลปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพ องค์การบริหาร ส่วนตำบลขอนแก่นตามแนวคิดของคุก (Cook's) 6 ขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 6 พบว่า การพัฒนา กระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ของคณะ กรรมการกองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ขอนแก่น ประกอบด้วย การพัฒนาทีมสุขภาพ การพัฒนา กระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล การขับเคลื่อนแผน สุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ ระบบการบริหารจัดการอย่าง ต่อเนื่อง และตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ เป็นตำบลที่มี การนำศักยภาพ ภูมิปัญญา และการรวมพลังของชุมชน

ท้องถิ่น ท้องที่ มาบูรณาการให้เกิดทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคมรวมทั้งนวัตกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยอาศัย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ เน้นการดำเนินการที่เรียบง่าย ไม่เป็นทางการ สอดคล้องกับสภาพบริบท ประเพณี วัฒนธรรมขององค์กร วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในหมู่บ้าน ให้สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดี ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย การมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการวิจัย ปฏิบัติการ ทฤษฎีการเทียบเคียง ก่อนและหลังดำเนินการ

การมีส่วนร่วม	จำนวน (n)	$\bar{X}$	S.D	df	t	p-value
ก่อนดำเนินการ	30	2.19	0.15	29	-20.19	<0.001*
หลังดำเนินการ	30	3.85	0.50			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พบว่า มีปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของสมาชิก และการสื่อสารที่ดี วิธีการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การพัฒนาบุคลากร ผู้นำที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีลักษณะของความเป็นผู้นำที่มีความกระตือรือร้น ซื่อสัตย์ ยุติธรรม เท่าเทียม และเปิดเผย พยายามเรียนรู้พัฒนาทีมงาน และช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีความก้าวหน้า ได้รับการยอมรับด้วยการสร้างความไว้วางใจ เป็นผู้นำที่น่าเชื่อถือ เข้าใจธรรมชาติโดยเฉพาะในด้านบวกของมนุษย์ และผู้นำที่ดี การชี้แจงเป้าหมายและวัตถุประสงค์การทำงานที่ชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วมทำให้มีวัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นที่ยอมรับโดยทุกคน

วิจารณ์

หลังการปรับปรุงการเทียบรอย กระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น โดยการเทียบรอยกับองค์กรที่ได้ดีกว่า เพื่อนำผลของการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กรตนเอง ตามแนวคิดของคูก (Cook's) 6 ขั้นตอน ผลการปรับปรุงได้รูปแบบกระบวนการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ต่างจากเดิม คือการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับสมหมาย วงศ์บุตร และมงคล ฤทธิศรี⁽⁸⁾ การศึกษาความต้องการในการพัฒนาทีมงานของเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จันทุมพาศารคาม

สอดคล้องกับผลงานวิจัยของพรทิพย์ พันธุมชัย⁽⁹⁾ ที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการให้สมาชิกทุกคนรู้และเข้าใจในวัตถุประสงค์และเป้าหมายชัดเจนถูกต้อง เพื่อให้การทำงานเป็นทีมต้องมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และใช้เป็นแนวทางในการร่วมทำงาน เพื่อใช้เป็นเครื่องวัดความสำเร็จหรือล้มเหลวในงาน โดยมีกิจกรรมของงานที่จะต้องทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ถึงสิ่งที่กำหนดไว้สนับสนุน พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ใหม่ๆ ที่ทันสมัย ด้วยการฝึกอบรมทั้งในและนอกหน่วยงาน หลังการปรับปรุงการเทียบรอย กระบวนการดำเนินงานพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัด

ร้อยเอ็ด ทำให้คณะกรรมการกองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น มีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจน มีตัวชี้วัดที่ทำให้สามารถติดตามประเมินผลได้อย่างชัดเจนในแต่ละขั้นตอน การเทียบรอยเป็นการปรับปรุงคุณภาพแบบก้าวกระโดด ซึ่งตรงกับ บุญดี บุญญากิจและกมลวรรณ ศิริพานิช⁽⁵⁾ เพราะสามารถทำให้ทีมเทียบรอยมีความเข้าใจกระบวนการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติงานได้ทันที และใช้เวลาในการพัฒนาได้เร็ว และเสียค่าใช้จ่ายน้อย มีกัลยาณมิตรเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การศึกษาการเทียบรอย เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ต้องทำเป็นทีมโดยมีผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหารลงมา การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ การกำกับดูแล และการประสานงาน ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพราะเป็นการรู้เขารู้เราและพัฒนาไปพร้อม ๆ กัน สร้างความกระตือรือร้นให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อที่จะพัฒนาตนเองให้เทียบกับผู้อื่น

2. การเทียบรอยทำให้มีการจัดระบบวางแผนและมีการจัดการการติดตามที่ดี มีการประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความเคลื่อนไหว และสร้างความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วม

3. การเทียบรอยเป็นการปรับปรุงตนเองอย่างก้าวกระโดด ความเร็วในการปรับปรุงตนเอง เป็นเงื่อนไขสำคัญของความได้เปรียบในการแข่งขัน เนื่องจากการเรียนรู้ด้วยวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดจากภายนอกองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามความยั่งยืนของการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ภายหลังการดำเนินงาน โดยใช้เวลาศึกษาอย่างน้อยเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ เนื่องจากการดำเนินงานกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ และการบริหารจัดการตำบลจัดการสุขภาพยังไม่เกิดผลในระยะสั้น

2. ควรมีการวิจัยเทียบรอยการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กองทุนสวัสดิการ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน กองทุนเงินล้าน เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพโดยตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.สพญ.ดร.สุกัญญา ลีทองดี อ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี อ.ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และ อ.นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยจนสำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ นพ.วัชร เอี่ยมมัตมิกุล นายบุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์ และนางพัชรา ผิวขาว ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยตลอดทั้งผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอขอบคุณคณะกรรมการกองทุนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลขอนแก่น และคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลแสนชาติที่ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการบูรณาการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพสู่การปฏิบัติเพื่อประชาชนสุขภาพดี ปี 2555. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
2. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางการนิเทศงานตำบลจัดการสุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี 2555. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2556. ร้อยเอ็ด; 2556.
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขอนแก่น. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืนจังหวัดร้อยเอ็ด; 2556. (เอกสารอัดสำเนา).

5. บุญดี บุญญากิจ, กมลวรรณ ศิริพานิช. Benchmarking ทางลัดสู่ความเป็นเลิศทางธุรกิจ. กรุงเทพฯ: อินโนกราฟฟิกส์; 2545.
6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
7. ยุทธ ไกรวรรณ, กุสุมา ผลาพรหม. พื้นฐานการวิจัย. ปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริม กรุงเทพฯ; 2553.
8. สมหมาย วงศ์บุตร, มงคล ฤทธิ์ศรี. ความต้องการในการพัฒนาทีมงานของเจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ปี 2549. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน 2551; 22(4):79-85.
9. พรทิพย์ พันธุ์ชัย. พฤติกรรมในการทำงานเป็นทีม และการสร้างทีมงานของผู้บริหารในมหาวิทยาลัย มหาสารคาม: มหาสารคาม; 2544.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ใน จังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

Model development of monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต พธ.ด. (พระพุทธศาสนา)*

PraKru Suvithanpatthanabandit Ph.D. (Buddhist Studies)*

ธวัชรรัตน์ แดงหาญ พธ.ด. (พระพุทธศาสนา)**

Thawalrat Daengharn Ph.D. (Buddhist Studies)**

สร้อยญา วาณิชวิทย์ พธ.ด. (พระพุทธศาสนา)***

Sarunya Vapuchavitee Ph.D. (Buddhist Studies)***

*มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตขอนแก่น *Mahachulalongkornrajavidyalaya University

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

***โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

***Khon Kaen Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นแล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ปวดเอว ไขมันในเลือด และข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล โดยพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีพระสงฆ์ร้อยละ 31.88 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ มีเพียงเล็กน้อยที่ทำประกันชีวิต พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่าส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์รวมในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านร่างกายซึ่งมีการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์จากการประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้มีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ ต้องการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนาต้องการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี เวลาอาพาธและพระสงฆ์ที่สูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนา เข้ากับหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งนำสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบการสาธารณสุขว่าสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งได้แบ่งการดูแลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยทั้งหมดอยู่ในหลักการของการดูแลสุขภาพองค์รวม และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานมีการจัดระบบบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ได้แก่ปัญหาในส่วน

ขาดและความต้องการของพระสงฆ์ และหลังจากที่ได้ดำเนินการตามแผนกระบวนการวิจัยแล้ว เว้นช่วงเวลา 6 เดือนได้ทำการประเมินพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินงานทุกมิติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

Abstract

This research aimed to study the monk's recent conditions and requirement about the health care in Khon Kaen province and to study the development of a model of monk's holistic health care in Khon Kaen province.

A result of this research was found that most of the monk's recent conditions and requirement was ill with gastric disorders. The other diseases were high blood pressure, backache, high cholesterol and arthritis. When monks were ill, most of them bought medicine and took it. Some monks went to see a doctor at a private clinic and a hospital. All monks who got right to be cured freely according to the universal health care coverage. There was 31.88 percent of monks who did get any right. There were a few monks who got the life insurance. Behavior of the monk's holistic health care was found that some monks lacked knowledge about the holistic health care in various dimensions, especially to take food which risked their lives about non-communicable diseases such as diabetes and high blood pressure. The monk's health requirement was found that most of monks wanted the first aid room at the temple and there was an officer to take care of them when they got ill. They also wanted the Sub-district Administration Organization to support them about a budget for taking medicine and organizing the development activities. They wanted to be checked up yearly. When the old monks were ill, they want the officer of the public health to visit them at the temple continuously. Finally, they wanted the Sangha to hold the meeting every three months.

The development of a model of the monk's holistic health care in Khon Kaen Province through the network participation was integrated according to a concept of the holistic health care in Buddhism and the health care in the Ministry of Public Health with studying the conditions of the monks' recent problems and requirement of health care through a practical process of participation in order to develop a model of the monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation. According to the Public Health's health care, there were four aspects: promotion, protection, treatment and rehabilitation. All of them were in the holistic health care. There was the duty given to the network to run a project. A result of this work covered various ways of health service appropriate with the monkhood by resolving the monk's problems and adding things for their requirement. After running the research project about six months, the assessment of the monk's holistic health behavior was found that there was the additional marks in all aspects.

Keywords: Model Development of Monk's Holistic Health Care, Network Participation

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีความสะดวกสบาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ประชาชนชาวไทยมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งสภาวะทางจิต โรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ ได้พัฒนาขึ้นเป็นเงาตามตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด และมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม⁽¹⁾ เช่นเดียวกับพระสงฆ์ จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน 90,250 รูป โดยกรมการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 30.6 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 4.5 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน และดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ฉันทอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังพบว่ามีภาวะเครียดถึงร้อยละ 54 เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ปี พ.ศ. 2549 เป็นจำนวน 56,499,198 บาท ซึ่งถ้าพระภิกษุสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพพระหว่างเจ็บป่วยที่ดีจะลดปัญหาเหล่านี้ลงได้มาก⁽²⁾ ในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

อย่างจริงจัง ทำให้พระภิกษุสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพังเป็นสาเหตุให้พระภิกษุสงฆ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการกายภาพบำบัด ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แม้กระทั่งพระภิกษุสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้ก็ขาดการดูแลเช่นกัน สำหรับการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยกันเองพบว่ามีน้อยมาก ส่วนใหญ่มีเพียงถามทุกข์สุขเท่านั้นและมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก ซึ่งพระสงฆ์เมื่อป่วยเป็นโรคเรื้อรังและเป็นพระสูงอายุ แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นต้องมียา ดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อแพทย์ให้กลับไปรักษาต่อที่วัด ในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาภิกษุอาพาธจะดำเนินการบำบัดรักษาที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัดและดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน⁽³⁾

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการกับปัญหาสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และต้องทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) โดยมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย (Critical function) และถอดบทเรียน อันนำไปสู่การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The action research spiral) การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนการปฏิบัติการ (Reflecting) ตลอดจนการปรับปรุงผล (Re-planning) เพื่อผลการปฏิบัติงานให้เป็นที่พึงพอใจ ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย เป็นขั้นตอน

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง พื้นที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พื้นที่วิจัย คือ วัดในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ 1. เป็นวัดที่เจ้าอาวาสมีความต้องการพัฒนาระบบสุขภาพของพระสงฆ์ 2. มีแกนนำพระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 3. เป็นวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาอยู่จำนวนมาก 4. ชุมชนรอบวัดให้ความร่วมมือในการพัฒนาและ 5. มีเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ในเขตอำเภอเมืองที่ให้ความร่วมมือ เมื่อได้รายชื่อวัดแล้วได้แบ่งประเภทออกเป็น 2 กลุ่มคือ วัดอารามหลวงและวัดธรรมดา แล้วทำการสุ่มแบบง่าย (Simple Random sampling) อย่างละ 2 วัด วัดอารามหลวงได้ วัดธาตุพระอารามหลวง และวัดศรีจันทร์ พระอารามหลวง ตำบลในเมือง ส่วนวัดธรรมดาได้วัดโพธิ์โนนทัน ตำบลในเมือง และวัดป่าแสงอรุณ ตำบลพระลับ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คณะสงฆ์จังหวัดขอนแก่น กรรมการบริหารวัด เครือข่ายทั้งภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย มีจำนวน 60 รูป/คน ประกอบด้วย วัดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 วัด 12 รูป/คน ประชาชน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ กรรมการชุมชนรอบวัด วัด

ละ 5 คน รวม 20 คน โรงพยาบาลขอนแก่น ตัวแทนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจำนวน 2 คน ศูนย์แพทย์ในสังกัดโรงพยาบาลขอนแก่น 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 2 คน โรงพยาบาลชุมชนที่ใกล้อำเภอเมือง 2 คน สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 คน สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 คน เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 2 คน องค์การบริหารส่วนตำบลพระลับ 1 คน อสม. 2 คน

2. กลุ่มพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัด จำนวนทั้งสิ้น 165 รูปดังนี้ วัดธาตุพระอารามหลวง จำนวน 35 รูป วัดศรีจันทร์ พระอารามหลวง จำนวน 45 รูป วัดโพธิ์โนนทัน จำนวน 45 รูป และวัดป่าแสงอรุณ จำนวน 40 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

ก. เครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์

ข. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work shop) แบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแบบบันทึกการตรวจสุขภาพของพระสงฆ์

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบประเมินสภาพปัญหาความต้องการ และพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงเนื้อหาตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากการสัมภาษณ์

2. ประเมินความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติโดยใช้แบบสอบถาม

3. ประเมินสภาวะการเจ็บป่วยของพระสงฆ์โดยการตรวจคัดกรองสุขภาพ
4. ประเมินสภาวะแวดล้อมของวัดตามแบบประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
5. จากการจัดบันทึกการประชุม
6. ข้อมูลบรรยากาศการประชุมจากแบบสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต จัดบันทึกจากพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของเครือข่ายและผู้รับบริการ เช่น การร่วมประชุม การปฏิบัติตามบทบาทภารกิจ การประสานงาน บรรยากาศการทำงาน เป็นต้น ซึ่งเป็นการนำเอากิจกรรมในกระบวนการนำมาวิเคราะห์ถอดบทเรียนและตีความ เพื่อมาสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

จากการสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารร้อยละ 77.5 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.8 ปวดหลังปวดเอว ร้อยละ 53.8 เบาหวาน ร้อยละ 40.0 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 35.9 และข้อเสื่อม ร้อยละ 32.5 เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทอง ร้อยละ 52.5 มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชนร้อยละ 16.9 และโรงพยาบาลร้อยละ 16.3 โดยพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังมีพระสงฆ์ร้อยละ 31.9 ยังไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ มีเพียงร้อยละ 8.8 ที่ทำประกันชีวิต

ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาพาธ ต้องการให้องค์การ

บริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนา ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เวลาอาพาธและพระสงฆ์สูงอายุต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน

จากสภาพปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ตลอดถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์ส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์รวมในมิติต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านร่างกายซึ่งยังมีการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ดังนั้นหากได้มีการถวายเป็นบุญความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ท่านก็น่าจะทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบลดน้อยลงได้ โดยมีการจัดระบบการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ ตั้งแต่ก่อนมีการอาพาธก็ให้มีการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในขณะอาพาธให้มีช่องทางการใช้บริการสาธารณสุขอย่างเสมอภาค หลังอาพาธมีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม จากข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้จึงได้นำมาเป็นประเด็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งลำพังพระสงฆ์ที่ไม่สามารถจะทำได้ จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนด้วย

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มีการเชิญตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์มาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกำหนดรูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งในการประชุมได้มีการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา แล้วจึงมากำหนดรูปแบบการพัฒนาดังนี้

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่ายที่มาร่วมได้แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ วัดซึ่งเป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์โดยตรง ประกอบไปด้วยเจ้าอาวาส

รองเจ้าอาวาส แก่นนำสุขภาพพระสงฆ์ กรรมการวัด กำหนดว่าวัดจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการสภาพแวดล้อม และบุคคลที่จะทำงานประสานให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยวัดจะต้องจัดให้มีแก่นนำพระสงฆ์ในด้านสุขภาพ มีห้องปฐมพยาบาลประจำวัดเพื่อดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ มีการจัดบริเวณวัดให้สะอาด และมีสิ่งแวดล้อมเป็นเอกลักษณ์ทางพระพุทธศาสนา เพื่อเอื้อให้พุทธศาสนิกชนได้เข้ามาปฏิบัติธรรมและเกิดความสุขสบายใจ ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในกุฏิ ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง แมลงวัน และสุนัข อันเป็นแหล่งรังโรค มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมว โดยประสานกับเทศบาล เผ่าระวังไม่ให้มีอบายมุขในวัด เช่น การดื่มสุราเมื่อมีงานบุญ วัดปลอดบุหรี่ เป็นต้น โดยมีการประชุมถวายเป็นความรู้เรื่องสุขภาพแก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลสุขภาพได้แก่กลุ่มสถานบริการสาธารณสุขที่มีเขตรับผิดชอบครอบคลุมวัดที่ทำการศึกษ และมียุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ศูนย์แพทย์ในเครือข่ายโรงพยาบาลขอนแก่นทั้ง 4 มุมเมือง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น และสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ในเขตเมือง (อสม.) ในกลุ่มนี้มีหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ ถวายเป็นความรู้แก่พระสงฆ์ และประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ อสม. ดำเนินการสำรวจและเยี่ยมในกรณีมีพระภิกษุสงฆ์อาพาธ หรือสูงอายุ กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ดูแลพระพุทธศาสนาและวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับวัดโดยตรง ได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดขอนแก่นและสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดขอนแก่น ช่วยทำการประชาสัมพันธ์เชิญชวนพุทธศาสนิกชนร่วมกันทำบุญเพื่อให้ได้บุญอย่างเต็มที่โดยไม่จัดให้มีอบายมุขในวัด เช่นการเล่นการพนันในงานศพ การดื่มสุราของมีนเมา ในงานบวช งานศพ และส่งเสริมวัดปลอดบุหรี่ นอกจากนั้นช่วยประชาสัมพันธ์ในเรื่องอาหารใส่บาตรให้เป็นอาหารที่มีคุณภาพ และของสังฆทานที่มีคุณภาพ สนับสนุนการดำเนินงานวัดต้นแบบ

และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มที่ 4 มีบทบาทในการดูแลบำบัดทุกข์ บำรุงสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ องค์การท้องถิ่น ได้แก่เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลช่วยดูแลในด้านความสะอาดสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ การสนับสนุนงบประมาณ และกลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ที่จะร่วมทำบุญทำทานเพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาให้ยั่งยืนได้แก่กลุ่มตัวแทนประชาชน ประกอบด้วย อสม./ แก่นนำประชาชนในชุมชน ในกลุ่มนี้จะมียุทธศาสตร์ในการช่วยเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรง ช่วยประชาสัมพันธ์การใส่บาตรด้วยอาหารสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ การถวายสังฆทานที่มีคุณภาพไม่หมดอายุ ส่งเสริมงานบุญปลอดอบายมุขให้แก่ประชาชนในชุมชน

2.2 แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการทางพระพุทธศาสนา⁽⁴⁾ เข้ากับหลักการดูแลสุขภาพองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ พร้อมทั้งนำสถานการณ์สภาพปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ก่อนการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบการสาธารณสุขที่กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขแบ่งการดูแลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยทั้งหมดอยู่ในหลักการของการดูแลสุขภาพองค์รวม ดังนี้

2.2.1 การดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เกิดภูมิคุ้มกัน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งกายและใจ ในส่วนนี้เริ่มจากปัจเจกบุคคล โดยเครือข่ายที่ดูแลสุขภาพถวายเป็นความรู้ในการดูแลสุขภาพองค์รวมที่ถูกต้อง มีผู้ประสานติดตามและเป็นผู้ดูแลสุขภาพภายในวัดที่คอยให้คำปรึกษาแนะนำ ในเรื่องสุขภาพเบื้องต้น มีคณะกรรมการวัดที่คอยใส่ใจดูแลใน

ด้านภัตตาหารของพระ โดยให้คำแนะนำแก่ญาติธรรมที่มาทำบุญที่วัด

การส่งเสริมสุขภาพนี้ใช้หลักการดูแลสุขภาพตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเน้นหลัก 6 อ. ได้แก่ อ.ที่ 1 คือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 คืออาหาร อ.ที่ 3 อารมณ์ อ.ที่ 4 อ.โอโรควา อ.ที่ 5 อ.อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อ.ที่ 6 อ.อบายมุข ซึ่งทั้งหมดนี้ก็อยู่ในสุขภาพองค์รวมอันประกอบด้วย กาย จิต สังคม และปัญญานั่นเอง ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงการดูแลสุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมนโยบาย 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข การปฏิบัติตนของพระสงฆ์เพื่อสนับสนุนให้การส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้นั้นในด้าน อ.อาหาร พระสงฆ์ควรรับประทานอาหารให้ถูกหลักอนามัย เช่น ลดอาหารเค็ม หวาน มัน ผัด ทอด ปิ้งย่าง ซึ่งเป็นบ่อเกิดของโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การเกิดหลอดเลือดสมองตีบตันและแตก โรคมะเร็ง โดยสำนักงานพระพุทธศาสนาจะช่วยในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใส่บาตรด้วยอาหารสุขภาพที่มีคุณภาพอีกทางหนึ่งเสริมจากหน่วยงานสาธารณสุข อ.ออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความแข็งแรงในส่วนนี้พระสงฆ์ได้ปฏิบัติตามกิจของสงฆ์ในอันที่จะโปรดญาติโยมโดยการเดินรับบิณฑบาตทุกเช้าประมาณ 3-5 กิโลเมตร การเดินจงกรม การกวาดลานวัด ซึ่งเป็นกิจที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ถือปฏิบัติอยู่แล้ว นอกจากนั้นแกนนำสุขภาพพระสงฆ์ยังสามารถเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์อีกด้วย ด้าน อ.อารมณ์ คือส่วนที่เกี่ยวกับด้านจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย ในด้านนี้วัดได้มีการจัดโครงการ กิจกรรมการปฏิบัติธรรมสำหรับพระภิกษุสามเณร และฆราวาสอย่างสม่ำเสมอ เป็นการฝึกการพัฒนาจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อ.โอโรควา ในด้านการตรวจสุขภาพประจำปี กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเจาะเลือดตรวจหา 5 โรคเรื้อรัง ในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีอายุ 30-35 ปีขึ้นไป หรือเกณฑ์สัดส่วนของอายุ โดยส่วนมากพระสงฆ์ที่มีการจำพรรษาหรือบวชมานานมักมีอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 50-60 ปีขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและควรได้รับการ

ตรวจหาโรคเรื้อรัง กรณีตรวจพบโรคเรื้อรังจะต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป หรือในกรณีถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นให้รีบปรึกษาแพทย์ อ.อนามัยสิ่งแวดล้อม การสร้างสภาพแวดล้อมในบ้าน/วัด หรือที่พักให้เหมาะสมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว/พระในวัด อ.อบายมุข ในปัจจุบันสารเสพติดได้กลายเป็นปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นในวัดจึงควรมีโครงการปลอดบุหรี่/สุราในวัด อันเป็นการส่งเสริมสุขภาพและลดปัญหาในสังคมด้วยในด้านปัญญาเมื่อพระสงฆ์มีความรู้ที่ถูกต้องแล้วย่อมเกิดสัมมาทิฐิสามารถใช้ปัญญาเลือกพิจารณาการบริโภค และปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงได้ในที่สุด

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในแนวทางนี้ นอกจากจะเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะถวายความรู้แก่พระสงฆ์แล้ว สิ่งสำคัญที่จะทำให้งานนี้สำเร็จได้ก็คือพระสงฆ์เองจะต้องปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมทั้ง 6 อ.ก็จะครอบคลุมทั้งในด้าน กาย จิต สังคม และปัญญาในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

2.2.2 การดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรค การป้องกันโรคตามระบบของกระทรวงสาธารณสุขปกติมี 3 ระดับ ระดับแรกคือการป้องกันโรคล่วงหน้า ระดับที่ 2 คือ การป้องกันในระยะมีโรคเกิดขึ้น และ ระดับที่ 3 คือ การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการ

กระบวนการป้องกันโรคในพระสงฆ์ก็ปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกับการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และเมื่อพระสงฆ์ต้องอาพาธจากโรคระบาดก็ต้องรับนำส่งโรงพยาบาล และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อทำการสอบสวนโรค ซึ่งในการบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้มีการแบ่งลักษณะของการปฏิบัติงานไว้เบื้องต้น คือ มีบริการสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรค มีทีมควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว มีบริการเชิงรุกในการควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/วัด จากที่กล่าวมาแล้วว่าการป้องกันโรคและลักษณะการทำงาน จะแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ การป้องกันก่อนการเกิดโรค กระบวนการดูแลพระสงฆ์คล้ายกับประชาชนทั่วไป คือ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเจาะเลือดตรวจหา 5 โรคเรื้อรัง สิ่งที่สำคัญที่สุดในประเด็นนี้ คือการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในกระบวนการป้องกันโรคนี้ พระสงฆ์เองก็สามารถจะกระทำได้โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นพระสงฆ์จะสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยการแสดงสิทธิ พระสงฆ์อาจเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถแยกกลุ่มเสี่ยงได้จากกลุ่มอายุ กลุ่มเครือญาติโดยการสุ่มตรวจจากญาติว่าเคยเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวหรือไม่ และพฤติกรรมส่วนตัวหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มติดยาเสพติด หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ซึ่งพระสงฆ์สามารถใช้สิทธิของหลักประกันสุขภาพได้ในท้องถิ่นที่อยู่อาศัย หรือภูมิสำเนาที่พัก ในกรณีย้ายวัดในการจำพรรษาก็เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ในกรณีที่ท่านเพิ่งมาบวช และก่อนเป็นฆราวาสเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน

2.2.3 การดูแลสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาลได้ถูกแบ่งออกเป็น ดังนี้ การดูแลเบื้องต้น การดูแลฉุกเฉิน และการดูแลพิเศษ

การดูแลเบื้องต้น คือ การดูแลขั้นพื้นฐานของการดูแลอื่นๆ และมักจะจัดขึ้นที่ศูนย์การดูแลสุขภาพเบื้องต้น หรือสถานเฝ้าระวัง ในปัจจุบันสถานเฝ้าระวังได้ถูกยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพ และรักษาสุขภาพนั้น เฉพาะที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ก็มีกระบวนการที่ไม่แตกต่างกัน คือ แสดงสิทธิในการรักษา การตรวจวินิจฉัยโรค การเข้ารับการรักษา ส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลในภายหลัง พระสงฆ์ที่สูงอายุและอาพาธเป็นโรคเรื้อรังอยู่แล้ว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะรักษาตามอาการเบื้องต้นก่อน ถ้าเห็นว่ามีอาการหนักจะส่งตัวเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลทางอีเมลล์

หรือโทรศัพท์ไปก่อน เพื่อที่เมื่อไปถึงจะได้เข้ารับการรักษาทันที กรณีที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะทาง หรือมีอาการที่หนัก สำหรับในรายที่มีอาการที่ไม่หนัก หรือเป็นโรคเรื้อรังในระยะเริ่มต้นจะถูกส่งตัวมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งจะมีใบส่งตัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข จะเข้ามาดูแลร่วมกันในกรณีที่กลับมารักษาตัวที่บ้าน/วัด

การดูแลฉุกเฉิน เป็นการดูแลการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งประชาชน และพระสงฆ์จะส่งตัวเข้าโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ซึ่งจะมีการส่งข้อมูลทางโทรศัพท์ไปก่อน เพื่อที่เมื่อไปถึงจะได้เข้ารับการรักษาทันที ในกรณีมีเจ็บป่วยอยู่ที่วัด หรือเวลากลางคืนสามารถโทรฉุกเฉินได้ที่เบอร์ 1669 จะมีรถกู้ชีพเข้าไปรับโดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที” เพราะพระสงฆ์ยังคงเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทย การดูแลพิเศษ เป็นการดูแลที่จัดทำขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นการดูแลรักษาในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยร้ายแรงหรือมีอาการหนัก ที่มีกส่งต่อมาจากหน่วยการดูแลเบื้องต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิกแพทย์ประจำบ้าน ในการดูแลพิเศษมักเป็นขั้นตอนสุดท้ายของระบบเครือข่าย บริการการรักษาพยาบาล ในปัจจุบันได้ดำเนินการเป็นรูปแบบเครือข่าย คือ การรักษาเริ่มตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ คือ การจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพพระรัตนไตรของไทยนอกจากในระดับสถานเฝ้าระวังและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว นอกจากนั้นยังมีสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอันประกอบด้วยสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชน และร้านขายยา ระดับทุติยภูมิ คือ การจัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐและเอกชน ระดับตติยภูมิ เป็นการให้บริการ

ด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงาน โดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วย หน่วยบริการดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

2.2.4 การดูแลสุขภาพด้านการฟื้นฟู

การติดตามฟื้นฟูหลังเข้ารับการรักษาใน อสม. ที่อยู่ในเขตที่วัดตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ และการดูแล ต้องมีการประสานงานกับพระสงฆ์ในวัดก่อน เช่น เจ้าอาวาส เป็นต้น หรืออาจเป็นผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ในการประสานงาน โดยทั่วไปแล้วในการติดตามดูแล ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วกลับมาฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน อสม. หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อาจมีการติดตามดูแลในช่วงแรกถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีญาติคอยดูแล ซึ่งในช่วงแรกที่เข้าไปจะเป็นการเข้าไปดูแลเบื้องต้น และอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติของผู้ป่วย หรือตัวผู้ป่วยเอง และการติดตามฟื้นฟูนั้นทางอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพมี โครงการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่พักอยู่กับบ้านเดือนละ 1 ครั้ง สลับเปลี่ยนกันไป ซึ่งมีทั้งการฟื้นฟูทางด้านร่างกายและการฟื้นฟูทางด้านจิตใจเช่น การให้คำปรึกษา การใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเพื่อเป็นพุทธโอสภ การสงเคราะห์ช่วยเหลือซึ่งมีอยู่ในพุทธบัญญัติอยู่แล้ว กระบวนการติดตามดูแลนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะได้รับใบส่งต่อผู้ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งตรงนี้จะมีการประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับใด เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม โดยปกติแล้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีกิจกรรมตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งจะเป็นระยะพักฟื้นร่างกาย หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต้องอาศัยความเชื่อมโยงของบุคคลในชุมชน และกลุ่มต่างๆ ที่มีในชุมชน เช่น กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ในการที่เข้ามาดูแล ซึ่งสอดคล้องกับเรื่องระบบการบริการสุขภาพที่ในปัจจุบันเน้นให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเอง เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล โดยเน้นที่การรักษาพยาบาล

ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะเป็นการดูแลรักษาสุขภาพที่เน้นองค์รวม ตลอดจนเป็นการจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพที่ประชาชนได้มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพสุขภาพ และเฝ้าระวังในเรื่องของสุขภาพขององค์รวมในพระสงฆ์ด้วย

2.3 ผลการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพขององค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

เมื่อกำหนดรูปแบบในการพัฒนาการดูแลสุขภาพขององค์รวมในพระสงฆ์แล้ว คณะวิจัยและภาคีเครือข่ายได้ดำเนินการตามบทบาทภารกิจที่ได้มีมติในการประชุมแล้วนั้น จึงมีผลจากการดำเนินงานดังนี้

1. มีการถวายเป็นบุญในเรื่องการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพขององค์รวมให้กับพระสงฆ์ ทำให้พระสงฆ์สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องขึ้น และพัฒนาแกนนำสุขภาพพระสงฆ์
2. มีการตรวจสุขภาพคัดกรองพระสงฆ์ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหา 5 โรค
3. มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในการเลือกอาหารใส่บาตรที่มีคุณภาพ ถูกหลักอนามัย
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพขององค์รวมในพระสงฆ์ดีขึ้น โดยมีกรมดูแลสุขภาพร่างกายในการเลือกฉันอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ถูกต้อง มีการดูแลอนามัยส่วนบุคคลได้ดีขึ้น และมีการออกกำลังกายเป็นประจำมากขึ้น มีโครงการสนับสนุน เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการลดละเลิกบุหรี่ โครงการทำบุญไม่มีอบายมุข และในด้านการสงเคราะห์วัดจัดให้มีห้องพยาบาลสำหรับพระสงฆ์อาพาธและมีผู้ดูแล
5. การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ มีโครงการปฏิบัติธรรมทั้งพระภิกษุสามเณรและบุคคลทั่วไปเป็นประจำทุกเดือนตลอดทั้งปีเช่น โครงการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการธุดงค์เพื่อการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการปฏิบัติวิปัสสนาพุทธทายาท โครงการปฏิบัติธรรมพระนวกะ โครงการทำวัตรสวดมนต์ เสริมสิริมงคลชีวิต พิชิตโรค โครงการเข้าวัดวันอาทิตย์ใกล้ชิดพุทธศาสนา โครงการเหล่านี้นอกจากจะช่วยพัฒนาด้านจิตใจของพระสงฆ์แล้ว ยังเป็นโครงการที่ส่งผลดีต่อประชาชนในสังคม

6. การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้สะอาดเรียบร้อยตามเอกลักษณ์แห่งพระพุทธศาสนา และทำลายแหล่งรังโรคติดต่อต่างๆ นอกจากนั้นยังมีโครงการพุทธจิตอาสาพัฒนาวัดร่วมกันทำความสะอาดเสนาสนะบริเวณวัดให้ร่มรื่นร่มเย็น อันเป็นการสร้างเสริมความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชนอีกทางหนึ่งด้วย

7. ด้านการป้องกันโรค พระสงฆ์รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามช่วงฤดูกาล พระสงฆ์ได้รับการถวายความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคติดต่อต่างๆ ตามช่วงฤดูในส่วน of สถานบริการสุขภาพ มีการจัดระบบเพื่อรองรับการเกิดโรค ป้องกันการแพร่เชื้อ ให้ความรู้ในชุมชน พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรคระบาดในวัดและชุมชน

8. ด้านการรักษาพยาบาล สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างพระสงฆ์และสถานบริการถึงระบบการเข้ารับบริการของพระสงฆ์ในขั้นตอนต่าง ๆ

การอภิปรายผลการวิจัย

ตามที่ได้เสนอผลการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยสรุปเรียงตามวัตถุประสงค์แล้วนั้น ผู้วิจัยได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

1. ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

จากผลการศึกษาสภาพปัญหาความเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาล พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป็นส่วนน้อยที่ทำประกันชีวิต

โดยภาพรวมแล้วสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น

นั้นพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพภาครัฐบาลนั้น พระสงฆ์ยังไม่เข้าถึงบริการเท่าที่ควรจะได้จากนโยบายที่เจ็บป่วย พระสงฆ์จะไปซื้อยาฉันทันเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน จึงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายส่วนตัว อีกทั้งการดูแลสุขภาพก็ไม่ต่อเนื่อง แม้แต่การตรวจสุขภาพประจำปีก็ยังไม่ได้รับการบริการ ปัญหาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งตัวผู้รับบริการเองซึ่งขาดความรู้ ความตระหนัก และความใส่ใจเรื่องสุขภาพด้วย ซึ่งในเรื่องนี้ ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ⁽⁶⁾ ได้ทำการวิจัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พระสงฆ์ยังมีสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะในพระสงฆ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีเส้นรอบเอวสูงกว่าค่าปกติ คือมีภาวะอ้วนลงพุง ถึงร้อยละ 42.1 ต้องได้รับการตรวจเลือดระดับไขมันในเลือด และพระ 1 ใน 4 รูปที่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุดเป็นโรคเรื้อรังคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 31.6 ที่มีความดันโลหิตสูง โดยการมีโรคประจำตัวจะแปรผันตรงตามอายุ ยิ่งพบว่าพระสงฆ์ฉันทันเครื่องดื่ม ประเภทชาหรือกาแฟเป็นประจำทุกวันร้อยละ 62.4 และยิ่งกล่าวอีกว่าลักษณะของการฉันทันอาหาร ร้อยละ 86.5 จะฉันทันเป็นประจำและร้อยละ 51.7 ได้ฉันทันอาหารประเภททอดหรือผัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องนี้ที่พบว่าพระยังฉันทันน้ำหวาน และเครื่องดื่ม ประเภทชาหรือกาแฟเป็นประจำทุกวัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นปัจจัยในเรื่องอาหารจึงเป็นสิ่งที่ต้องเร่งแก้ไข

นอกจากนั้นศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต ยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์มีการสูบบุหรี่ทุกกลุ่มอายุพบร้อยละ 55.1 โดยเฉลี่ยวันละ 5-6 มวน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเนาวรัตน์ เจริญคำและคณะ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย พบว่า พระสงฆ์ 1 ใน 4 หรือร้อยละ 24.4 ยังสูบบุหรี่ โดยพระในภาคตะวันออกและภาคกลางสูบบุหรี่ร้อยละ 40.2 ในขณะที่พระในภาคเหนือสูบน้อยที่สุด คือร้อยละ 14.6 การวิจัยยังพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อ่อนบวช โดยพระสงฆ์ที่มี

ระดับการศึกษาทางโลกสูงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่น้อยกว่า พระสงฆ์ร้อยละ 72.5 ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 80 เสนอให้มีการรณรงค์ไม่ให้ญาติโยมถวายบุหรี่แด่พระสงฆ์ ซึ่งมีความแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าพระสงฆ์ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาลำพูนขอนแก่นมีการสูบบุหรี่น้อย เนื่องจากมีความรู้ว่าการสูบบุหรี่จะมีผลต่อสุขภาพทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพองและเป็นมะเร็งได้ และอาจเนื่องจากมีโครงการวัดปลอดบุหรี่และสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในครั้งนี้มีโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ และโครงการวัดปลอดบุหรี่และสุรา

2. ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์จากผลการศึกษาที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงาน รองลงมาเป็นความต้องการในห้องจัดการบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนา ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน ในเรื่องการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ สุขภาพวงศ์สืบชาติ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม และมีความต้องการในเรื่องการพัฒนาดูแลสุขภาพองค์รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์จึงมีความจำเป็น และทุกฝ่ายควรจะทำให้การสนับสนุน

3. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน พระสงฆ์บางส่วนขาดความรู้ความ

เข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทธิโส)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง “การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก” ที่กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า พระสงฆ์ไทยในปัจจุบันมีวิถีชีวิต หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์เปลี่ยนไป เช่น จากการพักอาศัยอยู่ในป่าเป็นหลักกลายมาเป็นการพักอาศัยอยู่ในวัด การรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรตามที่สามารถหาได้ในป่าเขากลายมาเป็นการรักษาสุขภาพในสถานบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล คลินิก และการซื้อยารากร้านขายยา ฯลฯ สำหรับปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน กลับกลายมาเป็นโรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ดีและสะดวกสบาย ที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคเมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฉันอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการฝึกจิตภาวนา ดังนั้น ในส่วนของวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ในสังคมปัจจุบันคือ 1) สุขภาพทางกาย เช่น การดูแลสุขภาพความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การรับประทานอาหารโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ และรู้จักประมาณในการบริโภค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการทำกิจวัตรประจำวัน มีการกวาดวิหารลานเจดีย์ เป็นต้น 2) สุขภาพทางจิต ได้แก่ การผ่อนคลายอารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ การทำวัตรสวดมนต์ การเดินจงกรม การฝึกสมาธิ การแผ่เมตตา การพักผ่อนให้เพียงพอ และ การแก้ไขปัญหาตามหลักอริยสัจ 4 3) สุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสงฆ์ด้วยกัน มีการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และความสัมพันธ์ระหว่างสงฆ์กับสังคมชาวบ้าน โดยการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ และ

เป็นผู้นำในการพัฒนา ฯลฯ 4) การดูแลสุขภาพทางปัญญาให้เจริญงอกงาม ตามหลักปัญญาวัฒนธรรม 4 ประการ จึงจะได้บรรลุผล คือ สุขภาวะที่ประณีตยิ่ง ๆ ขึ้นไป จนถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์

สรุป รูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ครอบคลุมการดูแลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยการประสานร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

1.1 วัดควรมีการพัฒนากระบวนการสุขภาพพระสงฆ์ และวัดต้นแบบส่งเสริมสุขภาพ ในเชิงบูรณาการ ทั้งการแพทย์แผนวิถีพุทธ การแพทย์สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้ควรพิจารณาอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับพระธรรมวินัยด้วย

1.2 สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ควรมีภารกิจสำคัญในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งการเป็นบุคคลต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตปัญญา เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้สู่สาธารณชน ควบคู่กับการเผยแผ่พระพุทธศาสนา

1.3 พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ และมาตรฐานสำหรับพระภิกษุสามเณรโดยสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่าย วัด ชุมชน โรงพยาบาลโดยผสมผสานวิถีพุทธกับวิถีชีวิตเพื่อสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี

1.4 กระทรวงสาธารณสุขควรจะเป็นนโยบายที่จะสร้างระบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในด้านต่าง ๆ เช่นเดียวกับประชาชนชาวไทยทั่วไป ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ตามแนววิถีพุทธโดยวัดเป็นศูนย์กลางเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยในชนบท

2.2 ควรมีการขยายผลการศึกษาและเปรียบเทียบรูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสงฆ์ในบริบทของวัด และภูมิประเทศที่แตกต่างกัน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพระภิกษุ สามเณรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ควรมีการศึกษา วิจัย พัฒนา องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับพระภิกษุสามเณรเพื่อให้การดูแลสุขภาพเข้ากับบริบทของพระภิกษุสามเณร และการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ

บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงาน โครงการหมู่บ้านดี วิถีพุทธ. แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านสุขภาพดีวิถีพุทธ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556. หน้า 1.
2. กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ค.2558]. เข้าถึงได้จาก: www.moph.go.th/ops/iprg/module.php?Mod=news_print&idHot.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
4. มหาลุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาลุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาลุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539.
5. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality Assurance, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.

6. ศุภลักษณ์ ธรรมสถิต, ปราณปรียา โคสะสุ, ศิรดา ศรีโสภ. สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี, [ออนไลน์], [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://guideubon.com/index.php>.
7. เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรรณ กังสกุลนิติ, ธราดล เก่งการพานิช, วิไล กุศลวิเศษกุล, ธีรฉัตร พิชัยณรงค์, พัชรพร เกิดมงคล และคณะ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
8. สุชาติ วงศ์สืบชาติ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2554.
9. พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท). การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2551.

