



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

- ❖ ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย
- ❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนท่าอิฐศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
- ❖ การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เด็งกี เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ.2566 ในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดคู่ อำเภอนโงนสง จังหวัดหนองบัวลำภู
- ❖ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิกาไวรัส เขตสุขภาพที่ 5
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- ❖ ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยาสูบหรือเหล้าของเยาวชน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ❖ ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7
- ❖ การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
- ❖ ความสัมพันธ์ของภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การพัฒนานโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- ❖ ประสิทธิภาพและผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

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

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีพัฒนาจารย์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
รศ.อรุณ จิระวัฒน์กุล นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

บรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.บรรจบ ศรีภา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผศ.ดร.ธีระศักดิ์ พจจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ศ.ดร.ไพบูรณ์ สิทธิถาวร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.ปิยะธิดา คูหิรัญรัตน์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
รศ.ดร.พรพรรณ สกุลคู	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.ธณิศ สายวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
รศ.ดร.ชนัญญา จิระพรกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
รศ.ดร.สุนิสา ขายเกลี้ยง	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.สุภัทรา สามัง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
รศ.ดร.สุพจน์ คำสะอาด	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.ศิริพร คำสะอาด	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	พญ.จิรา ศักดิ์ศิริธร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
รศ.ดร.มยุรี สัตทองอิน	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.บุญทวนกร พรมภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
รศ.นสพ.ดร.สุวิทย์ อุปลัย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.วันทนา กลางบุรัมย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.สุรัชย์ พิมพ์หา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.กวินทร์ ถินคำรพ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.เสาวลักษณ์ ศิษมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.อุทิศรงค์ จังโกฏี	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.สุวัฒนา อ่อนประสงค์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.พัชรภรณ์ ทิพย์วัฒน์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.วาสนา สอนเพ็ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.พญ.เสาวนันท บำเรอราช	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ดร.กฤติยาณี ธรรมสาร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.จมากรณ์ ไฉ่ภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ดร.ไชยเชษฐ์ นานอก	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ผู้จัดการ

ดร.บุญทวนกร พรมภักดี

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายสารัช บุญไตรย์ นางสาวประณิดา แก้วพิกุล

พิสูจน์อักษร

นางสาวกมลทิพย์ ฤกษ์ภูจักร์	นายลือชัย นิยมจันทร์	นางสาวประณิดา แก้วพิกุล	นายธนศ นนท์ศรีราช
นายอัครเดช สว่างแจ้ง	นางสาวภัทราวดี ภักดีแพง	นางสาวอารีย์ มีคุณ	นางสาวกัญชรส วิงมุข
นางสาวกรรณพร กันยามา	นางสาวณัฐตา ดุษฎีวิริยกุล	นางสาววิตรี น้อยศรี	นางสาวศศิธร แพนสมบัติ
นางสาววิภาพร ต้นภูเขียว			

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นายสารัช บุญไตรย์

นางสาวประณิดา แก้วพิกุล

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น เผยแพร่มาถึงปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ ผลงานวิจัย ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้วยเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านได้ค้นคว้าศึกษา เพื่อปรับใช้ประโยชน์ตามบริบทและปัญหาด้านสาธารณสุขของพื้นที่ โดยขอบเขตของเนื้อหาครอบคลุม การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยที่คุกคามสุขภาพ ฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่คุณเชื่อให้ติดตาม เช่น ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย โดย ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดย ชลธิชา หล้าอุดม ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 โดย กังสดาล สุวรรณรงค์ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิกาโคโลส เขตสุขภาพที่ 5 โดย สงกรานต์ ตีรืน และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> และขอเชิญชวนท่านที่สนใจสามารถส่งบทความวิชาการเข้ามาเพื่อเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์เดียวกันนี้ กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับท่านที่ส่งบทความวิชาการมาเผยแพร่ หากมีข้อแนะนำประการใดเพื่อปรับปรุงพัฒนาวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พูตระกูล
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินบทความฉบับนี้

รศ.ดร.สุพจน์ คำสะอาด
ผศ.ดร.ชนัญญา จิระพรกุล
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์
ดร.เสฐียรพงษ์ ศิวินา
พญ.จิรา ศักดิ์ศิริธ
ดร.จมาภรณ์ ใจภักดี

รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญรัตน์
ผศ.ดร.กวินทร์ ถิ่นคำรพ
ผศ.ดร.ประทีป กาลเขว้า
ผศ.ดร.รักษัวริน วรณศิลป์
ดร.บุญทนากกร พรหมภักดี
ดร.วาสนา สอนเพ็ง

รศ.ดร.พรพรรณ สกุลคู
ผศ.ดร.สุนิสา ชายเกลี้ยง
ผศ.ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม
ดร.สม นาสะอ้าน
ดร.สุวัฒนา อ่อนประสงค์
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

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

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

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

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

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

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจวิจารณ์หรือวิเคราะห์สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็น ร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการ

ดำเนินการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวกในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่อง ที่อ้างอิง

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.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และ คณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์พัฒนพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

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.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

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

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน 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 ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามี การระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วย หรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สถานะสุขภาพ 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 จำนวนที่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดใน ครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ 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. ศูนย์ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

สารบัญ

- ❖ ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย
ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, อีระวุด ธรรมกุล, พรศักดิ์ อยู่เจริญ..... 1
- ❖ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
ธนารัตน์ หมดเขียว, วราภรณ์ ลำใหญ่..... 17
- ❖ การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เด็งกี เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ.2566 ในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดคู่
อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู
กฤษณะ สุภาวงศ์, เขวฮั่น เขียวการรบ, คณศพร โคตรทา, ทรงเกียรติ ชูศรี และคณะ..... 29
- ❖ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ ฝ่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น
วนิดา ลาภโชค, นภาพิณ จันทชัยมา, อังคอร ประจันเขตต์..... 45
- ❖ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคอีลีโอสิส เขตสุขภาพที่ 5
สงกรานต์ คีรีน..... 57
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์
อภิชัย อิมานนท์, สม นาสอำนาจ, ทิพาพร ราชไกร..... 66
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
ชลธิชา ท้าวอุดม, อนุพงศ์ สุขใจ..... 77
- ❖ ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือ
ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ(พขอ.) อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น
กมล ศรีอ้อม, เหมชาติ นิละสมิต, ณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง..... 87
- ❖ ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคหรือเลิกท่อนิกโก้ ของเยาวชน :
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
ปริญญดา ดาระสุวรรณ, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ..... 101
- ❖ ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียน
ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ปัทมา พายอนดา, วิภา อิศรางกูร ณ อยุธยา, อิศารัตน์ เลิศวิทย์กุล..... 110

วารสาร



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

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2567 Volume 31 No.2 May-August 2024

สารบัญ (ต่อ)

- ❖ ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7
กังสดาล สุวรรณรงค์, ชุตินา วัชรกุล, เนตรชนก พันธุ์สุระ, รัตนภรณ์ ยศศรี..... 121
- ❖ การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
นริศคุณ เขียวอยู่..... 136
- ❖ ความสัมพันธ์ของภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง อำเภอคำชะโนด จังหวัดขอนแก่น
อรอนันต์ สายวัฒน์, นวละออ ทองโคตร, สรัญญา เปล่งกระโทก, นภาพร ชินนาค, และคณะ..... 149
- ❖ การพัฒนาโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกความร่วมมือ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา
สมบัติ ทั้งทอง, กานต์นะรัตน์ จารมร..... 161
- ❖ ประสิทธิภาพและผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร, พรรณี บุญชรหัตถกิจ, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว..... 174

ผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย
The Impacts of Transferring the Mission of the Sub-district Health
Promoting Hospitals to the Provincial Administrative Organizations on the
Disease Prevention and Control Management System in Thailand

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง ส.ม. (ชีวสถิติ)*

ธีระวุธ ธรรมกุล ส.ด.**

พรศักดิ์ อยู่เจริญ พ.บ.*

*กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

Pairoj Prompunjai M.Sc. (Public Health)*

Thipphayarat Singthong M.P.H. (Biostatistics)*

Theerawut Thammakun Dr.P.H.**

Pornsak Yoocharoen M.D.*

*Department of Disease Control, Ministry of Public Health

**Sukhothai Thammathirat Open University

Received: May 10, 2024

Revised: June 4, 2024

Accepted: June 5, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระบบบริหารจัดการผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) พร้อมทั้งศึกษาข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,132 คน จาก 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 374 คน ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 842 คน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,246 คน และประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี จำนวน 670 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่า 0.5 และค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และการทดสอบค่าที การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จากกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายระดับประเทศ จำนวน 8 คน ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบระบบบริหารจัดการตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพในมุมมองของผู้ผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และยังไม่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. พบว่า (1) ด้านการจัดบริการ (2) ด้านกำลังคน และ (3) ด้านการเงินการคลัง ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า (4) ด้านข้อมูล (5) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น และ (6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ

ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. พบว่า ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับมุมมองของประชาชน พบว่า คุณภาพการจัดบริการและความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน พบว่า อัตราป่วยโรคใช้เลือดออกของประชาชน ปี พ.ศ. 2565 – 2566 ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ต่ำกว่าไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ สำหรับประเด็นการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพร้อมทั้งการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0 – 5 ปี นั้น ไม่แตกต่างกัน สำหรับข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ. ควรมีการพัฒนาประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) ด้านบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านข้อมูล (3) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น (4) ด้านงบประมาณ (5) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลต่อการป้องกันควบคุมโรค และ (6) ด้านทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคตามบทบาทของ รพ.สต. มีประสิทธิภาพสูงสุดในอนาคต

คำสำคัญ: ระบบการบริหารจัดการ การป้องกันควบคุมโรค การถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This mixed-methods research aimed to compare the disease prevention and control management systems, their outcomes, and the public health outcomes of Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) that have and have not transferred their responsibilities to the Provincial Administrative Organization (PAO). It also explored proposals for developing disease prevention and control management systems for SHPHs that have transferred their responsibilities to the PAO. Quantitative data were collected 3,132 samples from 4 groups: directors of SHPHs (n=374), citizens aged 18 and older (n=842), citizens aged 35 and older (n=1,246), and parents of children aged 0–5 years (n=670), using a questionnaire validated by experts for content validity, all items were more than 0.5, and for reliability with Cronbach's alpha coefficient were more than 0.7. Statistical analyses included descriptive statistics presenting means and standard deviations, and inferential statistics involving Chi-square tests and t-tests. Additionally, qualitative data were collected from the administrator's relevant national policy-making, 8 key informants using semi-structured interviews and analyzed by content analysis.

The study indicated that, from the perspective of directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) that have and have not transferred their responsibilities to the Provincial Administrative Organization (PAO), the disease prevention and control management systems based on the six pillars of the health system showed no significant differences in (1) service provision, (2) human resources, and (3) financial resources. However, significant differences were observed in (4) data for disease prevention, (5) access to necessary medications, vaccines, and technology, and (6) leadership and governance. When comparing the outcomes of the disease prevention and control management systems from the perspectives of directors of SHPHs, significant differences were found. From the public's perspective, the quality of disease prevention and control services, and satisfaction with the services received showed no differences. Additionally, the study found differences in public health outcomes related to disease prevention and control between SHPHs that had transferred their responsibilities and those that had not. The incidence rate of dengue fever in 2022–2023 was lower in SHPHs that had transferred their responsibilities compared to those that had not. Screening for diabetes and hypertension, as well as immunization enhancement for children aged 0–5 years, showed no differences. Proposals for developing the disease prevention

and control management system of SHPHs that have transferred their responsibilities to the PAO should focus on important areas such as (1) personnel and personnel development, (2) data systems, (3) access to necessary medications, vaccines, and technology, (4) budgeting, (5) leadership and governance, and (6) resources, to maximize the effectiveness of disease prevention and control by SHPHs in the future.

Keywords: Administration System, Disease Prevention and Control, Mission Transferring, Subdistrict Health Promoting Hospitals

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนามีนทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)⁽¹⁾ เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของระบบสุขภาพไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีรพ.สต. ในประเทศไทยจำนวน 9,787 แห่ง ถ่ายโอนไปยัง อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง นอกจากการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวแล้ว แผนการกระจายอำนาจยังได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนบุคลากร และการจัดสรรรายได้ให้แก่ อปท. ควบคู่ไปด้วย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจที่ถ่ายโอนไปให้แก่ อปท. อย่างต่อเนื่องและเพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด⁽³⁾ อย่างไรก็ตามการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความท้าทายและปัญหาอุปสรรคในหลายด้าน จากบทเรียนของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อปท. ที่ผ่านมา พบว่ามากกว่าครึ่งมีปัญหาด้านการบริหารจัดการ เช่น การจัดสรรงบประมาณ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรมและวิชาการ เป็นต้น บางแห่งเกิดความท่างเหินหรือขัดแย้งกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม อีกทั้ง รพ.สต. บางแห่งถูกตัดการสนับสนุนจากหน่วยบริหารจัดการเครือข่าย

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care; CUP) ตลอดจนคุณภาพการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ในพื้นที่ที่ถ่ายโอนแล้วยังทำได้ไม่เต็มที่⁽⁴⁾

การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. เป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้รวดเร็ว และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามการจัดการจัดบริการด้านสาธารณสุขของ อบจ. นั้น ยังคงเป็นการดำเนินการภายใต้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอำนาจซึ่งกำหนดไว้ให้อปท. ที่รับการถ่ายโอนจากส่วนราชการจะต้องจัดทำบริการกิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนได้อย่างมีมาตรฐานไม่น้อยกว่าที่ส่วนราชการได้ดำเนินการไว้⁽⁵⁾ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ แต่จากบทเรียนที่ผ่านมาในการถ่ายโอนจึงอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการเพื่อการอภิบาลระบบ และการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะผลกระทบด้านการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรฐานที่เป็นบทบาทและภารกิจสำคัญของ รพ.สต. อันเนื่องจากการป้องกันโรคเป็นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัย สำหรับการควบคุมโรคนั้นเป็นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่เกิดโรคหรือภัยขึ้นแล้วเพื่อให้โรคหรือภัยนั้นสงบโดยเร็วก่อให้เกิดความเสียหาย

ต่อชีวิตและความเป็นอยู่น้อยที่สุด และไม่เกิดขึ้นอีก⁽⁶⁾ อีกทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมโรคคือการมีระบบการเฝ้าระวังที่ดี สามารถตรวจจับได้เร็ว มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ มีกลไกในการควบคุม กำกับที่เข้มแข็ง การสนับสนุนการดำเนินงาน การบังคับใช้กฎหมาย⁽⁷⁾ ซึ่งมาตรการหรือกิจกรรมนั้นสามารถดำเนินการโดย รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดที่จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาถึงผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย ตามแนวคิดของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล⁽⁸⁾ ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของระบบบริหารจัดการในประเด็น 1) การเข้าถึงการจัดบริการ 2) ความครอบคลุมของการจัดบริการ และ 3) คุณภาพการจัดบริการ พร้อมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค เมื่อจำแนกลักษณะการถ่ายโอนเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) การถ่ายโอนภารกิจ และ 2) ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการในระดับนโยบาย และเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

2. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Methods Research)⁽⁹⁾ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเป็นปัจจัยนำใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อขยายความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ให้ได้ข้อค้นพบที่ลึกซึ้งและรอบด้านมากขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาเชิงปริมาณ

1.1 การศึกษาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. และผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรค

ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ในอำเภอที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ครบทุกแห่ง และอำเภอที่ยังไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. จำนวน 5,625 แห่ง ทั่วประเทศ รวม 5,625 คน และคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 374 คน ทำการเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเกาะกลุ่มหลายชั้น (multi-stage cluster sampling) โดยแบ่งจังหวัดตามรายชื่อภูมิภาค และในแต่ละภูมิภาคจะสุ่มเลือกจังหวัดมาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10⁽¹⁰⁾ โดยแต่ละจังหวัดจะแบ่งประเภทอำเภอตามลักษณะของการถ่ายโอน รพ.สต. และแต่ละอำเภอจะทำการสุ่มเลือกรพ.สต. ตามสัดส่วนของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ด้วยวิธีการสุ่มแบบ simple random sampling โดยเป็น รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน 115 คน และ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน จำนวน 259 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 374 คน

1.2 การศึกษาผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรค (ด้านคุณภาพการจัดบริการและความพึงพอใจต่อการได้รับบริการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน)

ประชากร ประกอบด้วย ประชาชน 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประชาชนทั่วไปอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ประชาชนทั่วไปอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เป็นเป้าหมายการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปิงปิงประมาณ

พ.ศ. 2566 และ (3) ผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 0 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการที่ รพ.สต. จำนวน 374 แห่งทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาคภายในพื้นที่ ตำบลและอำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย) และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้ประชาชนทั่วไปอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ถ่ายโอนจำนวน 259 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอนจำนวน 583 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 842 คน ประชาชนทั่วไป อายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ถ่ายโอน จำนวน 383 คน พื้นที่ ไม่ถ่ายโอน จำนวน 863 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,246 คน และประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 0 – 5 ปี ในพื้นที่ถ่ายโอนจำนวน 206 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอนจำนวน 464 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 670 คน โดยทั้ง 3 กลุ่ม ไม่ซ้ำซ้อนกัน

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยผู้บริหาร ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายระดับประเทศ คัดเลือก มาเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 8 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้บริหารระดับนโยบาย เป็นผู้ดำรงตำแหน่ง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงมหาดไทย ที่กำกับดูแลการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. อธิบดีกรม ควบคุมโรค อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย และเป็นผู้อยู่ในตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ก่อนมีการถ่ายโอน รวมจำนวน 5 คน

2.2 ผู้บริหารที่กำกับดูแลข้อมูลการจัดบริการ ป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ ได้แก่ ผู้อำนวยการ สำนักดิจิทัลสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และ ผู้ช่วยเลขาธิการ สปสช. ส่วนงานด้านเทคโนโลยี สารสนเทศและดิจิทัล และเป็นผู้อยู่ในตำแหน่ง หรือ ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวก่อนมีการถ่ายโอน รวมจำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้อำนวยการ รพ.สต.

มีทั้งหมด 3 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะ ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา การเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. และขนาดของ รพ.สต. ตอนที่ 2 ระบบการบริหารจัดการ ได้แก่ 1) ด้านการจัด บริการ 2) ด้านกำลังคน และ 3) ด้านการเงินการคลัง ลักษณะเป็นคำถามมาตราวัดอัตราส่วน (Ratio Scale) สำหรับด้าน 4) ด้านข้อมูล 5) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เป็นคำถามอันดับบัญญัติ (Ordinal Scale) และตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการ ได้แก่ 1) การเข้าถึงการจัดบริการ 2) ความครอบคลุมของการจัดบริการ และ 3) คุณภาพการจัดบริการเป็นคำถาม อันดับบัญญัติ (Ordinal Scale)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับประชาชน อายุ 18 ปี ขึ้นไป มีทั้งหมด 3 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถาม คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตอนที่ 2 คุณภาพการจัดบริการ ตอนที่ 3 ความพึงพอใจ ต่อการได้รับบริการ โดยตอนที่ 2-3 ลักษณะเป็นคำถาม มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นมาตราวัด อันตรภาค (Interval Scale)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป และชุดที่ 4 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็ก อายุ 0 – 5 ปี มีทั้งหมด 4 ตอน โดยตอนที่ 1 – 3 มีข้อ คำถามเช่นเดียวกับชุดที่ 2 และตอนที่ 4 แบบสอบถาม สำหรับประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป เป็นข้อคำถาม การเข้า รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ได้รับการ คัดกรองและไม่ได้รับการคัดกรอง และตอนที่ 4 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี เป็น ข้อคำถามประวัติการรับวัคซีนขึ้นพื้นฐานแบบเลือกตอบ โดยมีคำตอบให้เลือก ได้แก่ ได้รับ ไม่ได้รับ จำไม่ได้ และยังไม่มีถึงเวลารับวัคซีน

ชุดที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของประชาชนในประเด็นโรคไข้เลือดออก จากข้อมูล ระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และประเด็นการรับบริการวัคซีน

จากข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2566 ของ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอที่มีการถ่ายโอนครบทุกแห่งของประเทศไทยจำนวน 156 แห่ง และ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอที่ยังไม่มีการถ่ายโอนของประเทศไทย จำนวน 381 แห่ง รวมทั้งสิ้น 537 แห่ง

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เป็นแนวคำถามในประเด็นนโยบาย และระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.5⁽¹¹⁾ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92, 0.98, 0.95 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน⁽¹²⁾ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบการใช้ภาษาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่อยู่ในมาตรวัดนามบัญญัติ (Nominal Scale) อันดับบัญญัติ (Ordinal Scale) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่ม ที่มีอยู่ในมาตรวัดอันตรภาค (Interval Scale) มาตรวัดอัตราส่วน (Ratio Scale) โดยใช้สถิติ Independent t – test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจัดส่งหนังสือจากกรมควบคุมโรคถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายก อบจ. นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ในพื้นที่เป้าหมายเพื่อแจ้งกำหนดการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการจัดเก็บแบบสอบถาม ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามกำหนดการ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นนโยบาย และระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. โดยผู้วิจัยจัดส่งหนังสือจากกรมควบคุมโรคถึงปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมควบคุมโรค นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย ผู้อำนวยการสำนักดิจิทัลสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ผู้ช่วยเลขาธิการสสช. ส่วนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัล เพื่อแจ้งกำหนดการสัมภาษณ์ พร้อมประเด็นสัมภาษณ์ให้ทราบล่วงหน้า โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองและใช้เวลาในการสัมภาษณ์ท่านละ 1 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน พ.ศ. 2567

การศึกษารั้วนี้ได้ผ่าน การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 004.67 เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 กลุ่ม โดยมีคุณลักษณะทางประชากร ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้อำนวยการ รพ.สต. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.00 มีอายุเฉลี่ย 50.90 ปี (S.D.=6.43) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.50 และมีประสบการณ์การเป็นผู้อำนวยการ รพ.สต.

เฉลี่ย 9.66 ปี (S.D.=8.15) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ขนาดกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.60 กระจายครอบคลุม 4 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ จำนวน 48 คน พื้นที่ถ่ายโอน จำนวน 19 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอน จำนวน 29 คน ภาคกลาง จำนวน 122 คน พื้นที่ถ่ายโอน จำนวน 23 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอน จำนวน 99 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 150 คน พื้นที่ถ่ายโอน จำนวน 69 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอน จำนวน 81 คน และภาคใต้ จำนวน 54 คน พื้นที่ถ่ายโอน จำนวน 4 คน พื้นที่ไม่ถ่ายโอน จำนวน 50 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 374 คน

กลุ่มที่ 2 ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.80 มีอายุเฉลี่ย 37.29 ปี (S.D.=15.54) จบการศึกษาระดับชั้น ม.ปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.40 อยู่ใน พื้นที่ถ่ายโอน ร้อยละ 30.76 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน ร้อยละ 69.24

กลุ่มที่ 3 ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.90 มีอายุเฉลี่ย 50.50 ปี (S.D. = 10.74) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.50 อยู่ในพื้นที่

ถ่ายโอน ร้อยละ 30.74 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน ร้อยละ 69.26 กลุ่มที่ 4 ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.90 มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (S.D.=13.70) จบการศึกษาระดับชั้น ม.ปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.80 อยู่ในพื้นที่ถ่ายโอน ร้อยละ 30.75 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน ร้อยละ 69.25

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวม ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 คน โดยเป็นผู้บริหารระดับ นโยบายรวมจำนวน 5 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 56.25 ปี (S.D. = 2.15) และผู้บริหารที่กำกับดูแลข้อมูล การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ รวม จำนวน 3 คน อายุเฉลี่ย 52.25 ปี (S.D. = 4.25)

1. ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการ ด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

คะแนนเฉลี่ยระบบบริหารด้านการจัดการในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนไปยัง อบจ. ในด้านการจัดบริการ ด้านกำลังคน และด้านการเงินการคลัง ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการฯของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจด้านการจัด บริการ กำลังคน และการเงินการคลัง ในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374)

ระบบการบริหารจัดการ ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)		$\bar{d}$	95%CI	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ด้านการจัดบริการ							
การให้ความรู้ในการป้องกัน ควบคุมโรค (ทั้งในสถาน บริการและชุมชน)	18.46	15.75	15.79	11.14	2.66	-0.14 ถึง 5.46	0.063
การคัดกรองโรค	16.19	11.19	15.79	9.19	0.41	-1.76 ถึง 2.58	0.710
การให้บริการวัคซีน	10.39	8.75	11.44	6.94	1.05	-2.71 ถึง 0.61	0.215
การสอบสวนโรค	8.10	9.39	9.08	6.14	0.97	-2.58 ถึง 0.63	0.235
การควบคุมโรค	10.40	9.55	11.76	7.71	1.36	-3.19 ถึง 0.46	0.144
งานป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ	8.29	8.74	8.84	6.82	0.55	-2.19 ถึง 1.09	0.514

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจด้านการจัดบริการ กำลังคน และการเงินการคลัง ในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374) (ต่อ)

ระบบการบริหารจัดการ ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)		$\bar{d}$	95%CI	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ด้านกำลังคน							
จำนวนอัตรากำลัง ปี 2565	2.77	2.05	2.66	1.93	0.10	-0.33 ถึง 0.53	0.646
จำนวนอัตรากำลัง ปี 2566	2.97	2.26	2.68	1.99	0.29	-0.17 ถึง 0.77	0.213
ด้านการเงินการคลัง							
จำนวน งบประมาณ ปี 2565	90178.68	144837.42	78157.42	132316.00	12021.27	-18239.61 ถึง 42282.16	0.435
จำนวน งบประมาณ ปี 2566	121205.73	311169.21	112128.63	294214.75	9077.09	56961.57 ถึง 75115.76	0.787

สำหรับด้านข้อมูล ในทุกประเด็น ได้แก่ (1) ความครบถ้วนของข้อมูล (2) ความถูกต้องของข้อมูล (3) ความทันเวลาของข้อมูล และ (4) การรายงานข้อมูล

ตัวชี้วัดด้านการป้องกันควบคุมโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจประเด็นด้านข้อมูลในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374)

ด้านข้อมูล	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)			รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)			Chi-Square	p-value
	ลดลง	เหมือนเดิม	ดีกว่าเดิม	ลดลง	เหมือนเดิม	ดีกว่าเดิม		
ความครบถ้วนของข้อมูล	6 (5.22)	83 (72.17)	26 (22.61)	5 (1.93)	155 (59.85)	99 (38.22)	10.638	0.005*
ความถูกต้องของข้อมูล	5 (4.35)	77 (66.96)	33 (28.70)	5 (1.93)	143 (55.21)	111 (42.86)	7.756	0.021*
ความทันเวลาของข้อมูล	9 (7.83)	78 (67.83)	28 (24.35)	10 (3.86)	135 (52.12)	114 (44.02)	14.026	<0.001*
การรายงานข้อมูลตัวชี้วัดฯ	13 (11.30)	78 (67.83)	24 (20.87)	5 (1.93)	151 (58.30)	103 (39.77)	24.096	<0.001*

อีกทั้งในด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยี ที่จำเป็น พบว่า (1) ด้านการเข้าถึงวัคซีน ปี 2566 และด้านการพัฒนาวิชาการของบุคลากรปี 2566 แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า ด้านการเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาปี 2566 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็นในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374)

ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยี	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)			รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)			Chi-Square	p-value
	ขาดแคลน	เพียงพอ	มากเกินไป	ขาดแคลน	เพียงพอ	มากเกินไป		
การเข้าถึงยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ปี 2566	17 (14.78)	96 (83.48)	2 (1.74)	33 (12.74)	224 (86.49)	2 (0.77)	1.006	0.605
การเข้าถึงวัคซีน ปี 2566	26 (22.61)	85 (73.91)	4 (3.48)	51 (19.69)	207 (79.92)	1 (0.39)	6.393	0.041*
การพัฒนาวิชาการของบุคลากรปี 2566	34 (29.57)	79 (68.70)	2 (1.74)	47 (18.15)	212 (81.85)	0 (0.00)	11.071	0.004**

อีกทั้งด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลต่อการป้องกันควบคุมโรค แตกต่างกันในระดับ (1) การบริหารจัดการในการป้องกันควบคุมโรค (2) ระบบกำกับดูแลในการป้องกันควบคุมโรค (3) การพิจารณาความดีความชอบ (4) การจัดสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่ และ (5) การประสานงานกับเครือข่าย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 แต่สำหรับด้านอื่น ๆ ได้แก่ (1) นโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรค (2) การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมและเป็นธรรม (3) การบูรณาการการป้องกันควบคุมโรค (4) การตอบสนองต่อข้อร้องเรียน และ (5) การมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374)

ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)			รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)			Chi-Square	p-value
	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง		
การบริหารจัดการในการป้องกันควบคุมโรค	40 (34.78)	73 (63.48)	2 (1.74)	123 (47.49)	128 (49.42)	8 (3.09)	6.422	0.040*
ระบบกำกับดูแลในการป้องกันควบคุมโรค	38 (33.04)	71 (61.74)	6 (5.22)	120 (46.33)	132 (50.97)	7 (2.70)	6.481	0.039*
การพิจารณาความดีความชอบ	37 (32.17)	56 (48.70)	22 (19.13)	58 (22.39)	178 (68.73)	23 (8.88)	15.060	<0.001*

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจด้านภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374) (ต่อ)

ด้านภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)			รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)			Chi-Square	p-value
	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง		
การจัดสวัสดิการให้แก่ เจ้าหน้าที่	50 (43.48)	50 (43.48)	15 (13.04)	55 (21.24)	165 (63.71)	39 (15.06)	19.927	<0.001*
การประสานงานกับ เครือข่าย	37 (32.17)	65 (56.52)	13 (11.30)	100 (38.61)	149 (57.53)	10 (3.86)	8.068	0.018*

2. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบ
การบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ
รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.
ดำเนินการใน 2 กลุ่ม โดยผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้
กลุ่มที่ 1 มุมมองจากผู้อำนวยการ รพ.สต. พบว่า

ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกัน
ควบคุมโรค ในทุกประเด็น ได้แก่ (1) การเข้าถึงการจัด
บริการ (2) ความครอบคลุมของการจัดบริการ และ
(3) คุณภาพการจัดบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ
ในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. (n = 374)

ผลลัพธ์ของระบบการบริหาร จัดการด้าน การป้องกันควบคุมโรค	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 115)			รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ (n = 259)			Chi-Square	p-value
	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง	ดีขึ้น	เหมือนเดิม	ลดลง		
การเข้าถึงการจัดบริการ	52 (45.22)	60 (52.17)	3 (2.61)	187 (72.20)	70 (27.03)	2 (0.77)	25.571	<0.001*
ความครอบคลุมของ การจัดบริการ	44 (38.26)	66 (57.39)	5 (4.35)	161 (62.16)	92 (35.52)	6 (2.32)	18.434	<0.001*
คุณภาพการจัดบริการ	52 (45.22)	60 (52.17)	3 (2.61)	163 (62.93)	92 (35.52)	4 (1.55)	10.264	0.006*

กลุ่มที่ 2 มุมมองของประชาชน พบว่าผลการเปรียบเทียบ
ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกัน
ควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอน
ด้านคุณภาพการจัดบริการและความพึงพอใจต่อ
การได้รับบริการ ในมุมมองของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป

ในประเด็นโรคไข้เลือดออก ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
ในประเด็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ
ประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในประเด็น
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี
ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการฯ ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ ด้านคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจต่อการได้รับการให้บริการของประชาชน

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการและ ความพึงพอใจต่อการได้รับการให้บริการ	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ		รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ		$\bar{d}$	95%CI	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป (n = 842)	(n = 259)		(n = 583)				
คุณภาพการให้บริการ	62.54	9.45	62.96	8.87	0.42	-1.74 ถึง 0.91	0.538
ความพึงพอใจต่อการได้รับการให้บริการ	20.91	3.29	21.01	3.09	0.10	-0.56 ถึง 0.36	0.669
ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (n=1,246)	(n = 383)		(n = 863)				
คุณภาพการให้บริการ	63.04	9.30	63.85	8.79	0.81	-1.89 ถึง 0.27	0.141
ความพึงพอใจต่อการได้รับการให้บริการ	21.04	3.31	21.26	3.00	0.22	-0.59 ถึง 0.15	0.237
ประชาชนที่เป็นผู้ปกครองเด็ก อายุ 0 – 5 ปี (n=670)	(n = 206)		(n = 464)				
คุณภาพการให้บริการ	62.87	9.59	63.66	8.75	0.79	-2.27 ถึง 0.69	0.295
ความพึงพอใจต่อการได้รับการให้บริการ	21.20	3.25	21.37	2.95	0.17	-0.67 ถึง 0.33	0.513

3. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ดำเนินการใน 3 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2564 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และไม่ได้ถ่ายโอนใกล้เคียงกัน แต่เมื่อ ปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีอัตราป่วยเท่ากับ 41.13 และ 172.24 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับต่ำกว่า รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอน ที่มีอัตราป่วย เท่ากับ 83.22 และ 212.61 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ประเด็นที่ 2 ผลการรับบริการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และ รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอน ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 7

ประเด็นที่ 3 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี พบว่า ผลการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอายุ 0 – 5 ปี ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และที่ ไม่ได้ถ่ายโอน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลในระบบ HDC ที่พบว่า อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมีอัตราความครอบคลุม เท่ากับ ร้อยละ 80.90 และ 77.04 ต่ำกว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนที่มีอัตราความครอบคลุม เท่ากับ ร้อยละ 84.52 และ 88.02 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนและไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจในมุมมองของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในประเด็นการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (n = 1,246)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	รพ.สต. ถ่ายโอนภารกิจ (n = 383)		รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ (n = 863)		Chi-Square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การคัดกรองโรคเบาหวาน					1.429	0.232
ได้รับการคัดกรอง	369	91.3	818	92.7		
ไม่ได้รับการคัดกรอง	14	8.7	45	7.3		
การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง					3.684	0.550
ได้รับการคัดกรอง	375	90.9	826	91.7		
ไม่ได้รับการคัดกรอง	8	9.1	37	8.3		

4. ผลการศึกษาข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเมื่อพิจารณาตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ พบว่า ด้านการจัดบริการไม่พบผลกระทบจากการถ่ายโอนไปยัง อบจ. และด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีประสิทธิภาพ เช่น ความก้าวหน้าในการทำงาน การจัดสวัสดิการ การพิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น แต่หากต้องมีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรค ควรมีแนวทางในการพัฒนาดังข้อมูลสำคัญต่อไปนี้

(1) ด้านบุคลากรและการพัฒนาบุคลากรสืบเนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนมีจำนวนไม่แตกต่างจากก่อนถ่ายโอน แต่เนื่องจากต้องไปดำเนินงานในส่วนงานสนับสนุนซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ดังนั้น แนวทางการพัฒนา ควรมุ่งเน้นการจัดการอบรมให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้ทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคทดแทนกันได้ และเพิ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อกำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรค

(2) ด้านงบประมาณ ปัจจุบันแม้ว่างบประมาณ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนจะได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น แต่งบประมาณในการควบคุมโรคไม่เพียงพอ เนื่องจากงบประมาณส่วนหนึ่งต้องใช้ในการจัดจ้างบุคลากรเพื่อทดแทนบุคลากรที่ไม่ได้ถ่ายโอนมา และการควบคุมโรคต้องอาศัยการวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการสนับสนุนทางห้องปฏิบัติการที่เพียงพอ รวมทั้งการใช้จ่ายงบประมาณของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนค่อนข้างยุ่งยากและไม่ทันต่อเหตุการณ์ ดังนั้น แนวทางการพัฒนาคือการสนับสนุนงบประมาณโดยการโอนงบประมาณโดยตรง

(3) ด้านทรัพยากร ปัจจุบัน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนยังมีปัญหาในเรื่องทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ดังนั้น แนวทางเพื่อให้งานดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การสนับสนุนยานพาหนะสำหรับการทำงานในพื้นที่ วัสดุอุปกรณ์ให้ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค เช่น เครื่องฉายโปรเจกเตอร์ สมาร์ททีวี เครื่องขยายเสียง ควรบริการให้ได้ทุกที่ทุกสิทธิ์บัตรและสามารถมีระบบการส่งต่อประสานงานที่เชื่อมโยงกัน พัฒนาความรวดเร็วของการจัดสรรวัคซีนใหม่ๆ ให้ทั่วถึง พร้อมทั้งการจัดทำคลิปลิขิตส์ของโรคทันทีที่มีการระบาด

(4) ด้านระบบข้อมูล ระดับนโยบายต้องการใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลสาธารณสุขกับ อบจ. ดังนั้น แนวทางการพัฒนาควรจัดระบบความเชื่อมโยงของข้อมูลให้ทันเหตุการณ์ และมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การสนับสนุนด้านวิชาการที่ทันสมัย การพัฒนาแอปพลิเคชัน และระบบการแจ้งข่าว เพื่อให้เจ้าหน้าที่และประชาชนเข้าถึง สะดวก รวดเร็ว ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า โครงสร้างในระดับ อบจ. โดยเฉพาะกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ยังขาดอัตรากำลังและสมรรถนะรวมทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านการป้องกันควบคุมโรคภายในกองฯ ด้านยา เวชภัณฑ์ วัคซีน อบจ.ต้องการการสนับสนุนในด้านการจัดซื้อและควบคุมคุณภาพจากกรมควบคุมโรค ด้านการจัดบริการ ในช่วงเริ่มต้นการถ่ายโอนยังขาดการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก เนื่องจากจะต้องปรับระบบการบริหารจัดการภายใน รพ.สต. และพบว่า ต้องการด้านการติดตาม ประเมินผลการป้องกันควบคุมโรค

วิจารณ์

ผลการศึกษาสำคัญสามารถนำมาอภิปรายผลพบว่า ระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ และยังไม่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. พบว่า (1) ด้านการจัดบริการ (2) ด้านกำลังคน และ (3) ด้านการเงินการคลัง ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า (4) ด้านข้อมูล (5) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น และ (6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าด้านกำลังคนเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไม่แตกต่างกันก็ตาม แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรที่รับมาทดแทนบุคลากรเดิมที่ไม่ได้โอนมา ซึ่งต้องพัฒนาสมรรถนะเพิ่มเติม สอดคล้องกับการเข้าถึงด้านวิชาการ ป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนจะต่ำกว่า รพ.สต. ที่ไม่ได้ถ่ายโอน และด้านระบบข้อมูลที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากระบบการรายงานระบบเดิมยังมีความไม่คล่องตัวในประเด็นของข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

การป้องกันควบคุมโรค ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่าน พร้อมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการบริหารงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิชาการที่ พบว่า กระบวนการถ่ายโอนภารกิจปัจจุบันยังพบปัญหาด้านการถ่ายโอนบุคลากร ความชัดเจนในการแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบระหว่างหน่วยงาน และข้อเสียของการถ่ายโอนคือระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ขาดความเชื่อมโยงในภาพรวม และความไม่แน่นอนของระบบการบริการที่มีส่วนของการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง^(13,14)

ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการในมุมมองของผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน และยังไม่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. พบว่า แตกต่างในทุกประเด็น อันเนื่องมาจาก รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอน ยังเกิดความคล่องตัว และได้รับการสนับสนุนประเด็นที่เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเหมือนเดิม พร้อมทั้งหน่วยงานนโยบายยังมีการสนับสนุนและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลการวิจัยที่พบว่า รพ.สต. ที่ยังไม่ถ่ายโอน พบผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการที่ดีขึ้นกว่าเดิม อันเนื่องจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้กับ อบจ. ที่ยังมีช่องว่าง ประกอบด้วย ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านบุคลากร ด้านการเงินและด้านการจัดสรรทรัพยากร และที่สำคัญคือด้านแผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่⁽¹⁵⁾ สำหรับมุมมองของประชาชนนั้น ไม่ว่าจะเป็นประเด็นคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก รพ.สต. ทุกแห่งพยายามคงไว้ตามมาตรฐานของการบริการ ถึงแม้ระบบการบริหารงานต่าง ๆ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไป เจอปัญหาในบางประเด็น เช่น การประสานงาน งบประมาณในการสนับสนุน แต่ยังมีเครือข่ายในการดำเนินงานร่วมกัน จึงทำให้มุมมองของประชาชนเกี่ยวกับคุณภาพการบริการและความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน สามารถป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น เนื่องจาก อบจ. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออกให้แก่ประชาชนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งที่ระบบภาคการเมืองท้องถิ่นให้ความเชื่อมั่นแก่ประชาชนที่จะทำให้ประชาชนปลอดภัยจากโรค ซึ่งโรคไข้เลือดออกเป็นการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลในระยะเวลาภายใต้การบริหารงานของภาคการเมืองท้องถิ่น แต่สำหรับประเด็นอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหรือการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปี นั้นไม่แตกต่างกันเนื่องจากยังได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการฯ ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. นั้นยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นประเด็นปัญหาเนื่องจากยังเกิดปัญหาในเรื่องการบริหารจัดการต่างๆ ทำให้ข้อมูลสะท้อนถึงประเด็น (1) ด้านบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ (3) ด้านทรัพยากร และ (4) ด้านระบบข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ 6 เสาหลักสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การที่จะทำให้ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเพียงพอ เกิดความครอบคลุม และมีคุณภาพ⁽⁶⁾ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจปัจจุบัน คือ ปัญหาในการบริหารจัดการอันเนื่องมาจาก การรับถ่ายโอนภารกิจมาก บุคลากรในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมยังไม่เพียงพอทั้งด้านจำนวนและสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค ไม่มีกลไกเตรียมความพร้อมซึ่งเป็นภารกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนด้วยการขับเคลื่อนพลังท้องถิ่นซึ่งราชการบริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาค อาจต้องปรับลดหรือปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน โดยทำหน้าที่เป็นหน่วยงานวิชาการ สนับสนุนให้คำปรึกษา กำหนดมาตรฐาน ฝึกอบรมให้แก่บุคลากร เพื่อให้การบริการได้อย่างมีมาตรฐาน⁽¹⁶⁾

สรุป

จากการศึกษาผลกระทบการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกัน

ควบคุมโรคตาม 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ ในมุมมองของ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและยังไม่ได้ถ่ายโอน ผลการเปรียบเทียบระบบการบริหารจัดการ พบว่า (1) ด้านการจัดบริการ (2) ด้านกำลังคน และ (3) ด้านการเงินการคลัง ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า (4) ด้านข้อมูล (5) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น และ (6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการ ในมุมมองของประชาชน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการจัดการบริการ และความพึงพอใจต่อการได้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนของ รพ.สต. สรุปได้ว่าอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ ต่ำกว่า รพ.สต. ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ ใน ปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 ประเด็นการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปี นั้น ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจ ไปยัง อบจ. ควรมีการพัฒนาประเด็นสำคัญดังนี้ (1) ด้านบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านงบประมาณ (3) ด้านทรัพยากร และ (4) ด้านระบบข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ควรนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นนโยบายเพื่อให้ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มีการดำเนินการด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็น ได้แก่ (1) ด้านบุคลากรและการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านข้อมูล (3) ด้านการเข้าถึงยา วัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น (4) ด้านงบประมาณ (5) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลต่อการป้องกันควบคุมโรค และ (6) ด้านทรัพยากรอื่น ๆ

2. ผลลัพธ์ของระบบการบริหารจัดการในรพ.สต. ที่ยังไม่ได้ถ่ายโอน ดีกว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ดังนั้นควรพิจารณาปัจจัยนำเข้าโดยเฉพาะประเด็นด้านข้อมูลด้านการเข้าถึงวัคซีน และการพัฒนาวิชาการของบุคลากร พร้อมทั้งด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลและให้การสนับสนุนและส่งเสริมแก่ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน

3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ในประเด็นโรคไข้เลือดออกของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเป็นประเด็นตัวอย่างที่สะท้อนถึงผลการดำเนินการที่มีประสิทธิผล ดังนั้น จึงควรพัฒนาประเด็นการป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ ให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนในทุกประเด็นโรคและภัยสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารที่กำหนดนโยบายและที่ดูแลด้านข้อมูลป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่วิจัย ที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต. และประชาชนที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. (19 ตุลาคม 2564). ราชกิจจานุเบกษา 2564; เล่ม 138 ตอนพิเศษ 254 ง หน้า 14 15.
- สมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรณีย์ อวนศรี, วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ศักดิธัช อิทธิพิสิฐ และคณะ. กลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการนโยบายและระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2565.
- สำนักงานประมาณของรัฐบาล. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามภารกิจการถ่ายโอน กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2563.
- จรรยาพร ศรีศตลักษณ์. สรุปบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4798/research-health-center%20-Jaruayporn.pdf?sequence=1>.
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (17 พฤศจิกายน 2542). ราชกิจจานุเบกษา 2542; เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก หน้า 48.
- กรมควบคุมโรค. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). ใน ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ และพรทิพย์ ศิริภานุมาศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
- ปฏิคม วิวัฒนานนท์, ประมวล สุขธรรม. การมีส่วนร่วมต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 12 ปี พ.ศ. 2547. ม.ป.ท.; 2547
- World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
- Creswell JW, Creswell JD. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publication; 2018.

10. อีชเนลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภักวิวัฒน์ ภูริพงษ์ธนวัต, อุกฤษณ กฤตยโสภณ, ณฐนภศรัทธาธรรม, เยาววัลยา อ่อนโพธิ์ทอง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: สไมล์ก๊อปปี; 2564.
11. ประสพชัย พสุนนท์. ความเที่ยงของแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2558; 18: 375-96.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: PA: Wolters Kluwer; 2017.
13. ชูติเดชะภักดี. การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความก้าวหน้าและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจ. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ 2565; 2(3): 263-78.
14. เรืองชาติ ศรีขจรวงศ์. ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดกับการกิจรับถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ 2565; 2(3): 315-34.
15. วราภรณ์ ผ่องอ่วย, ปาณิสรา นานเลิศ, โชติ บติรัฐ. ช่องว่างและอุปสรรคในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ 2565; 2(4): 205-20.
16. วรณวิภา ไตลังคะ, พนาวัน เปรมศรี, วาธิณี วงศาโรจน์, ภาสกร ดอกจันทร์. การถ่ายโอนภารกิจด้านสังคมสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สภาพการณ์ ปัญหาอุปสรรคและแนวโน้มในอนาคต. วารสารศิลปการจัดการ 2565; 6(4): 2009-23.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนทำอิฐศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
Factors Predicting Smoking Prevention Behavior among Male Lower
Secondary School Students
in Thait Suksa School, Nonthaburi Province

ธนารัตน์ หมดเชื้อ ส.ม. (การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ)*

วราภรณ์ ลำไยวท.บ. (การจัดการสุขภาพ)**

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำอิฐ

อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

Thanarat Mudchiew M.P.H (Health Promotion Management)*

Waraporn Lamyai B.Sc. (Health Management)**

*Sirindhorn College of Public Health, Trang

**Tha-it Sub-district Health Promoting Hospital,

Pakkret District, Nonthaburi Province

Received: February 27, 2024

Revised: March 28, 2024

Accepted: May 30, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี่ การส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว จากโรงเรียน และอิทธิพลของตัวแบบจากสื่อ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี ขนาดตัวอย่างจำนวน 105 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ด้วยสถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ (Mean = 3.52, S.D. = 0.75) การควบคุมตนเอง (Mean = 3.86, S.D. = 0.92) การรับรู้โทษของบุหรี่ (Mean = 4.20, S.D. = 0.62) การส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (Mean = 3.96, S.D. = 0.86) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (Mean = 3.60, S.D. = 0.56) อยู่ในระดับมาก และมีการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (Mean = 0.88, S.D. = 0.21) อยู่ในระดับน้อย ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การควบคุมตนเองและอิทธิพลของตัวแบบจากสื่อ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19.8 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการควบคุมตนเอง และกำกับดูแลในการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี รวมทั้งควรเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนที่นอกเหนือจากนโยบายของรัฐบาล นอกจากนี้ ผู้ปกครองและครูควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่แก่นักเรียน

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to study personal factors, smoking prevention behavior, self-control, perception of cigarettes, promoting smoking prevention from families and school and model influences from media and study factors predicting smoking prevention behavior among 105 male lower secondary school students in Tha-it suksa school, Nonthaburi province. Sample was collected by two-stage random sampling method. Data collection was done during November to December 2023 and data were collected by using self-administered questionnaires with Cronbach's Alpha Coefficient of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis. The result found that male lower secondary school students has behavior to prevent smoking (Mean = 3.52, S.D. = 0.75), self-control (Mean = 3.86, S.D. = 0.92), perception of cigarettes (Mean = 4.20, S.D. = 0.62), promoting smoking prevention from families (Mean = 3.96, S.D. = 0.86) and model influences from media (Mean = 3.60, S.D. = 0.56) at the high level and promoting smoking prevention from school (Mean = 0.88, S.D. = 0.21) at the low level. The result of Stepwise Multiple Linear Regression Analysis found that Self-control and model influences from media can predict smoking prevention behavior. These variables together explained 19.8% of the variance in smoking prevention behavior. Recommendations for this research would be the promoted self-control and continuously supervise student's access to various media to strengthen good immunity and activities to promote and prevent smoking in schools should be added in addition to government policies. Parents and teachers should be good examples of not smoking for students.

Keywords: Factors predicting, Smoking prevention behavior, Male lower secondary school students

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต และทุพพลภาพที่สามารถป้องกันได้มากที่สุดจากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกจำนวนถึง 1,100 ล้านคน พบผู้เสียชีวิตโดยตรงจากสาเหตุ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปากและคอ จากการสูบบุหรี่ประมาณ 6.4 ล้านคน เนื่องจากเมื่อสูบบุหรี่ 1 มวน จะเกิดการเผาไหม้ทำให้เกิดสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด และมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 50 ชนิด⁽¹⁾ และยังพบว่าคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการสูดควันบุหรี่ที่มีคนสูบบุหรี่ควันออกมา หรือควันบุหรี่มือสองที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ประมาณ 890,000 คน โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 หากยังไม่มีการใด ๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมดประมาณปีละ 8 ล้านคน⁽²⁾ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นเพศชาย

มากกว่าเพศหญิงถึง 20 เท่า มีนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่เกิดขึ้นราว 2-3 แสนคนต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้คนไทยเสียชีวิตวันละ 141 คน หรือปีละ 51,651 คน โดยผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่อายุจะสั้นลง 12 ปี และเจ็บป่วยหนักโดยเฉลี่ย 2.50 ปีก่อนเสียชีวิต⁽³⁾ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง รวมถึงควันบุหรี่ยังไปเพิ่มความถี่ และความรุนแรงให้แก่ผู้มีอาการหอบหืด⁽⁴⁾ ทำให้มีอารมณ์แปรปรวน ก้าวร้าว ซึมเศร้า และอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแยกตนเอง ไม่เข้าสังคมเป็นที่รังเกียจของบุคคลในสังคม⁽⁵⁾

ในปี พ.ศ.2564 มีการสำรวจเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าเยาวชนไทยเริ่มทดลองสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วงอายุ 13 - 14 ปี สูงถึงร้อยละ 39.0⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุสำคัญและเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสูบบุหรี่⁽⁷⁻¹¹⁾ คือ การมีเพื่อนที่เป็นตัวชักจูงให้เกิดการสูบบุหรี่ สภาพแวดล้อมรอบตัว การเลียนแบบบุคคลใกล้ชิด การเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ความอยากรู้อยากลอง อยากหาประสบการณ์ ความเครียดในชีวิต ค่านิยม และทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ หากมองจากสาเหตุของการสูบบุหรี่จะเห็นได้ว่ามีสาเหตุมาจากทั้งด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมรอบตัวของนักเรียนที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการสูบบุหรี่ จากปัญหาดังกล่าว ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ต้องดำเนินการป้องกันเป็นนโยบาย และได้วางแผนเป็นแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570⁽¹²⁾ ที่ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบ และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่ เช่น การสร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบ การป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ และการทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ รายละเอียดจากยุทธวิธีข้างต้น การศึกษานี้จึงมุ่งตระหนักว่าปัจจัยสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่เป็นการปฏิบัติตนในเด็กช่วงวัยนี้ เพื่อป้องกันหลีกเลี่ยงมิให้ตนเองสูบบุหรี่หรือไปเกี่ยวข้องกับบุหรี่ และเนื่องจากแผนดังกล่าวยังไม่สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ได้อย่างเต็มที่ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญหาทางสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura)⁽¹³⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ดังกล่าว โดยการกำหนดปัจจัยเชิงสาเหตุนั้นคือ ปัจจัยทางจิต และปัจจัยทางสังคม จากทฤษฎีปัญหาทางสังคมข้างต้น ทั้งสองปัจจัยสามารถที่จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่หมายถึง การไม่สูบบุหรี่หรือการเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมทดแทนการสูบบุหรี่⁽¹⁴⁾ รวมถึงการกระทำที่แสดงออกถึงการป้องกันตนเองที่จะไม่ให้มีการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความสำคัญคือเป็นประเด็นด้านแรกของพฤติกรรมที่จะช่วยป้องกัน หรือลดความเสี่ยงของบุคคล

ที่ไม่ให้เข้าไปมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษานี้จึงได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีข้างต้นมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันการศึกษา ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับวัยรุ่น รวมถึงภาคประชาชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นให้เหมาะสมกับพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี่ การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายนถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study)

ประชากร คือ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนทำอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรีที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 417 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนท่าอิฐศึกษา จังหวัดนนทบุรีที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 105 คน โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่รู้จำนวนประชากรที่แน่นอน⁽¹⁵⁾ และกำหนดค่าสัดส่วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (P) เท่ากับ 0.10⁽⁹⁾ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามระดับชั้นเรียนของนักเรียน หลังจากนั้นนำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ได้กลุ่มตัวอย่างชั้นเรียนละ 35 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ นักเรียนชายที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีสัญชาติไทย และมีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร หรือมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ไม่สะดวกใจให้ข้อมูลต่อหลังจากที่ตอบแบบสอบถามไปบางส่วนแล้ว หรือผู้ที่ไม่ตอบคำถามการวิจัย และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือมีเหตุจำเป็นอื่นๆ ในระหว่างตอบแบบสอบถามจนทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ได้พัฒนาและปรับปรุงจากการศึกษาของวิกานต์ดา โหม่งมัตย์⁽¹⁶⁾ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยระดับบุคคลจำนวน 6 ข้อ แบบเลือกตอบ (Check list) และแบบเติมคำตอบ (Open Ended) ประกอบด้วย ระดับชั้นเรียน ผลการเรียนรู้ในปีการศึกษาที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองในแต่ละวัน การพักอาศัย การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนในกลุ่ม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่จำนวน 23 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนน

ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงบวก มีจำนวน 21 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงลบมีจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง ในการป้องกันการสูบบุหรี่จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงบวก มีจำนวน 9 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงลบมีจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โทษของบุหรี่จำนวน 13 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงบวกมีจำนวน 12 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงลบมีจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัวจำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนตามลำดับ ทั้งหมดเป็นข้อความเชิงบวก

ส่วนที่ 6 การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียนจำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ (Check list) 2 ตัวเลือกคือ ใช่ หรือไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนจะได้คะแนน 0 - 1 หากตอบว่าใช่จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าไม่ใช่จะได้ 0 คะแนน ทั้งหมดเป็นข้อความเชิงบวก

ส่วนที่ 7 อิทธิพลตัวแบบจากสื่อในการป้องกันการสูบบุหรี่จำนวน 8 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนนตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงบวกมีจำนวน 6 ข้อ และกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 - 1 ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงลบมีจำนวน 2 ข้อ

การแบ่งกลุ่มระดับคะแนนของพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษ

ของบุหรี การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับตามหลักการของ Best (1977)⁽¹⁷⁾ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ทุกข้อ และทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำแบบสอบถาม ทั้ง 7 ส่วน ไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนรุ่งเรืองวิทยา ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 รายแล้วหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.91

ตัวแปรและการวัดตัวแปร ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยระดับบุคคล การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ซึ่งได้เอกสารรับรองการวิจัย เลขที่ 38 - 2566 ลงวันที่ 26 กันยายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน (ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด) ในการอธิบายปัจจัยระดับบุคคล การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

ปัจจัยระดับบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 ชั้นละ 35 คน ร้อยละ 55.24 มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเฉลี่ยสะสม 2.00 - 3.00 โดยมีค่าเฉลี่ยสะสมอยู่ที่ 2.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.59) ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ 4.00 และต่ำสุดอยู่ที่ 1.00 ร้อยละ 68.57 มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละวันอยู่ที่ 76 - 100 บาท เฉลี่ยวันละ 95.90 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 30.47 บาท) โดยมีค่าใช้จ่ายที่ได้รับในแต่ละวันสูงสุดวันละ 250 บาท ต่ำสุดวันละ 50 บาท ร้อยละ 77.14 พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 40.00 โดยผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือพ่อ รองลงมาคือพี่หรือน้อง และปู่/ย่า/ตา/ยาย (ร้อยละ 29.52, 3.81 และ 3.86 ตามลำดับ) และมีเพื่อนของกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 43.81 ที่สูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้นเรียน		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	35	33.33
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	35	33.33
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	35	33.33
ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา		
คะแนนเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.00	5	4.76
คะแนนเฉลี่ยสะสม 2.00 – 3.00	58	55.24
คะแนนเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.00	42	40.00
คะแนนเฉลี่ยสะสม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.96 ± 0.59	
ค่ามัธยฐาน (Min. – Max.)	2.89 (1.00 – 4.00)	
ระดับจำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองใน 1 วัน (บาท)		
50.00 – 75.00 บาท	21	20.00
75.01 – 100.00 บาท	72	68.57
มากกว่า 100 บาทขึ้นไป	12	11.43
จำนวนเงินเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	95.90 + 30.47	
ค่ามัธยฐาน (Min. – Max.)	100 (50 – 250)	
การพักอาศัย		
พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา	81	77.14
พักอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา	14	13.33
พักอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย	7	6.67
พักอาศัยอยู่กับญาติ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก และอื่น ๆ	3	2.86
บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่สูบบุหรี่	63	60.00
สูบบุหรี่ (เลือกได้หลายคำตอบ)	42	40.00
พ่อ	31	29.52
พี่/น้อง	4	3.81
ปู่ย่าตายาย	3	2.86
ลุงป้าน้าอา	3	2.86
แม่	2	1.90
เพื่อนในกลุ่มของนักเรียนมีการสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่สูบบุหรี่	59	56.19
สูบบุหรี่	46	43.81

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (n = 105) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การพักอาศัย		
พักอาศัยอยู่กับบิดา มารดา	81	77.14
พักอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา	14	13.33
พักอาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย	7	6.67
พักอาศัยอยู่กับญาติ เพื่อนบ้าน คนรู้จัก และอื่นๆ	3	2.86
บุคคลในครอบครัวของนักเรียนมีการสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่สูบ	63	60.00
สูบ (เลือกได้หลายคำตอบ)	42	40.00
พ่อ	31	29.52
พี่/น้อง	4	3.81
ปู่ย่าตายาย	3	2.86
ลุงป้าน้าอา	3	2.86
แม่	2	1.90
เพื่อนในกลุ่มของนักเรียนมีการสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่สูบ	59	56.19
สูบ	46	43.81

การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.52, S.D. = 0.75) และตัวแปรในด้านปัจจัยอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โทษของบุหรี่สูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.20, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ การส่งเสริม

การป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัวอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.96, S.D. = 0.86) และการควบคุมตนเอง อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.86, S.D. = 0.92) และกลุ่ม ตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่ จาก โรงเรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.88, S.D. = 0.21) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ และปัจจัยต่าง ๆ (n = 105)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.)	ค่าระดับ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านอื่น ๆ	3.52	0.70	มาก
การควบคุมตนเอง	3.86	0.92	มาก
การรับรู้โทษของบุหรี่	4.20	0.62	มาก
การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว	3.96	0.86	มาก
การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน	0.88	0.21	น้อยที่สุด
อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ	3.60	0.56	มาก

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี่ การส่งเสริม การป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริม การป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน และอิทธิพลตัวแบบ จากสื่อกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่า การควบคุมตนเอง (X_1) การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ (Y) อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ ($r = 0.36, 0.35, 0.48, 0.42$ และ 0.31 ตามลำดับ)

โดยการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จาก ครอบครัว (X_3) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ป้องกันการสูบบุหรี่ (Y) มากที่สุด รองลงมาคือ การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) การควบคุมตนเอง (X_1) การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) ($r = 0.45, 0.39$ และ 0.31 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี่ การส่งเสริม การป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียนและอิทธิพล ตัวแบบจากสื่อกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 105)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	(X_1)	(X_2)	(X_3)	(X_4)	(X_5)	(Y)
การควบคุมตนเอง (X_1)	1		0.39	0.31	0.10	0.36
การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2)	0.45	1		0.30	-0.05	0.35
การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่ จากครอบครัว (X_3)	0.39	0.43	1		0.36	0.48
การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่ จากโรงเรียน (X_4)	0.31	0.30	0.27	1		0.42
อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5)	0.10	-0.05	0.36	0.20	1	
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ (Y)	0.36	0.35	0.48	0.42	0.31	1

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า การควบคุมตนเอง (X_1) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) และการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.45, 0.39$ และ 0.31 ตามลำดับ)

การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมตนเอง (X_1) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) และการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.45, 0.43$ และ 0.30 ตามลำดับ) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมตนเอง (X_1) การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.39, 0.43, 0.27$ และ 0.36 ตามลำดับ)

การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมตนเอง (X_1) การรับรู้โทษของบุหรี่ (X_2) การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.31, 0.30, 0.27$ และ 0.20 ตามลำดับ)

อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (X_3) และการส่งเสริมการป้องกัน

การสูบบุหรี่จากโรงเรียน (X_4) ($r=0.36$ และ 0.20 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การควบคุมตนเอง (X_1) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) โดยการควบคุมตนเองได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 1 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19.8 อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X_5) ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.49

โดยตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้ร้อยละ 24.70 มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแล้ว (Adjusted R^2 : R^2_{Adj}) ดังนี้ การควบคุมตนเอง $R^2_{Adj}=0.190$ และ อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ $R^2_{Adj}=0.233$ มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนาย (Stand Error of the Estimate) เท่ากับ 0.408 สมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการมีนัยสำคัญทางสถิติ

สามารถนำมาเขียนเป็นสมการวิเคราะห์การถดถอย ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ ในรูปคะแนนดิบ $Y = 1.401 + 0.274X_1 + 0.294X_5$ ในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z = 0.362X_1 + 0.237X_5$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ การควบคุมตนเอง การรับรู้โทษของบุหรี่ การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว การส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียนและอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (n = 105)

ลำดับที่ของตัวแปรที่เข้าสมการ	R	R ²	R ² _{Adj}	R ² _{Change}	B	S.D.	Beta	t
การควบคุมตนเอง (X ₁)	0.445	0.198	0.190	0.198	0.274	0.069	0.362	3.953
อิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (X ₂)	0.497	0.247	0.233	0.049	0.294	0.114	0.237	2.587
Constant = 1.401			S.E. = 0.408		F = 25.446			

วิจารณ์

ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น โรงเรียนทำโอฐศึกษา จังหวัดนนทบุรี มีจำนวน 2 ปัจจัยคือ การควบคุมตนเอง และอิทธิพลตัวแบบ จากสื่อ อภิปรายรายตัวแปรได้ดังนี้ การควบคุมตนเอง พบว่ามีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (Beta = 0.362) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากการควบคุมตนเองเป็น พื้นฐานภายใต้จิตใจของบุคคลในการควบคุมตนเอง เพื่อไม่ให้ประพฤติดูปฏิบัติตนในทางที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้แต่ละคนจะมีการควบคุมตนเองที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการ สูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.86, S.D. = 0.92) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของโรเซนบัม⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า การควบคุมตนเองเป็นความสามารถของบุคคล นั้น ๆ ที่จะละเว้นในการกระทำบางสิ่งบางอย่างหรือความ สามารถของบุคคลนั้น ๆ ที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาด้วย เหตุผล และความอดทน อดกลั้น เพื่อให้เกิดผลที่ดี และ ถูกต้องตามที่ต้องการ หรือเป็นการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดี ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ และตลอดจนหมายถึง ความสามารถ ของบุคคลนั้น ๆ เมื่อบุคคลนั้นจะต้องเผชิญกับปัญหาและ อุปสรรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น หรืออยู่ในสภาวะที่เกิดปัญหา ความขัดแย้งในตนเอง บุคคลนั้น ๆ สามารถจัดสภาพ แวดล้อมสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมตามที่บุคคลนั้น ๆ คาดหวังไว้⁽¹⁹⁾ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าหากนักเรียนมี

การควบคุมตนเองได้ดีก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันการสูบบุหรี่ได้เป็นอย่างดี และอิทธิพลตัวแบบ จากสื่อ พบว่ามีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (Beta = 0.237) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการที่ปัจจุบันการเผยแพร่ สื่อต่าง ๆ จะถูกควบคุมโดยกฎหมาย รวมถึงการเป็น ตัวแบบในการไม่สูบบุหรี่ของดารา นักแสดงที่มี การรณรงค์ตามสื่อต่าง ๆ ที่นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นสามารถเข้าถึง เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต สื่อ ออนไลน์ต่าง ๆ อาจส่งผลให้นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นลอกเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบเหล่านั้นได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า นักเรียนชายชั้น มัธยมศึกษาตอนต้นมีอิทธิพลตัวแบบจากสื่อส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายใน ระดับมาก (Mean = 3.60, S.D. = 0.56) ทั้งนี้อาจเนื่อง มาจากการรับสื่อต่าง ๆ ของนักเรียน มีผู้ปกครอง คอยให้คำแนะนำอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับวิกานต์ดา โหม่งมัตย์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การวิเคราะห์อิทธิพลตัวแบบ จากสื่ออยู่ในระดับมาก

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีปัจจัย ด้านการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน อยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.88, S.D. = 0.21) สอดคล้องกับชลลดา ไชยกุลวัฒนา และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร ผ่านสื่อต่าง ๆ ในโรงเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย นอกจากนั้น สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

ที่เป็นสิ่งที่นักเรียนเห็นอยู่เป็นประจำ จึงอาจทำให้ไม่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมหลักเสี่ยงการสูบบุหรี่ได้

สรุป

นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนท่าอิฐศึกษา อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ร้อยละ 40.00 มีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่โดยผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ พ่อถึงร้อยละ 29.52 และมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 43.81 มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ (Mean = 3.52, S.D. = 0.75) การควบคุมตนเอง (Mean = 3.86, S.D. = 0.92) การรับรู้โทษของบุหรี่ (Mean = 4.20, S.D. = 0.62) การส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากครอบครัว (Mean = 3.96, S.D. = 0.86) และอิทธิพลตัวแบบจากสื่อ (Mean = 3.60, S.D. = 0.56) อยู่ในระดับมาก และมีการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่จากโรงเรียน (Mean = 0.88, S.D. = 0.21) อยู่ในระดับน้อย การควบคุมตนเอง และอิทธิพลของตัวแบบจากสื่อสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 19.8

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดำเนินงาน และการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ให้แก่นักเรียนในกลุ่มดังกล่าว โดยมุ่งเน้นส่งเสริมเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง และการกำกับดูแลการเข้าถึงสื่อต่างๆ ของนักเรียน เพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ขึ้นในกลุ่มนักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570

นอกจากนี้ ควรมีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการควบคุมตนเองอย่างต่อเนื่องในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ให้นักเรียนมีวิธีการควบคุมตนเองที่ดี เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้แก่นักเรียน และควรกำกับดูแลในการเข้าถึงสื่อต่างๆ ของนักเรียน

โดยมีการอธิบายถึงโทษของบุหรี่ที่ส่งผลต่อร่างกายและโทษทางกฎหมาย รวมถึงสื่อควรมีการใช้ตัวแบบในการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่เพื่อให้นักเรียนเลียนแบบพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมทั้งควรเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันการสูบบุหรี่ เช่น การสอดแทรกเนื้อหาการป้องกันการสูบบุหรี่ในบทเรียน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมรณรงค์การงดสูบบุหรี่ที่นอกเหนือจากนโยบายของรัฐบาล รวมถึง ผู้ปกครอง และครู ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่แก่นักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1. ประกิต วาทีสาธกกิจ. ข้อมูลบุหรืกับสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เพื่อเผยแพร่แก่ญาติโยม. กรุงเทพฯ: รัชพิมพ์; 2552.
2. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2005 [cited 2024 January 5]. Available from: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
3. Action on Smoking and Health. Young people and smoking [Internet]. 2024 [cited 2024 January 6]. Available from: <https://ash.org.uk/uploads/Youth-Smoking-Fact-Sheet-2024.pdf?v=1710950114>
4. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. โทษของบุหรืมีผลต่อสุขภาพและครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 06 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://n9.cl/9tocz>
5. อารยา ศรีไพโรจน์. บุหรื...พิษภัยร้ายกับวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pharm.tu.ac.th/uploads/pharm/pdf/articles/20190328_03.pdf
6. Nso of Thailand. Summary of important results survey of smoking and drinking behavior of the Thai population 2014 [Internet]. 2015 [cited 2024 Jan 6]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>

7. ธนธร กานตอภา. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564; 28(2): 41-52.
8. ไพฑูรย์ วุฒิส, ภักวรินทร์ ภักศิริสมบุรณ์, บวรวิช รอดรังษี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 2565; 71(1): 1-9.
9. ศศิธร ชิตนาฮี, วราภรณ์ ยศทวี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์ 2561; 10(1): 83-93.
10. ลักษณะ ลักษณ์ะวิมล, เรวดี เพชรศิราสน์, สายฝน เอกวารงูร, นัยนา หนูนิล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอนาคู จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาล 2563; 69(1): 1-9.
11. จิราภรณ์ จันทร์แก้ว, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2558; 27(2): 99-110.
12. กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภค. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ.2565-2570. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2565.
13. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
14. พรพัชร์ ศิริอินทราทร. ความสามารถในการพยากรณ์ของทัศนคติต่อการหลีกเลี่ยงในการสูบบุหรี่ และความฉลาดทางอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
15. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาพัฒน์; 2552.
16. วิภาณต์ดา โหม่งมัตย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.
17. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977
18. Rosenbaum M. A Schedule for assessing self-control behavior: preliminary findings. Behavior Therapy 1980; 11(1): 109-21.
19. ฐิยาพร กันตารณวัฒน์. การศึกษาจิตลักษณะบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการเสี่ยงทางเพศและทางการใช้ยาเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2554.
20. ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, วิชาญย์ ใจมาลัย. พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(3): 57-67.

การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เด็งกี เดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ.2566 ในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

The Investigation of Dengue Fever Disease Outbreak on August to
September 2023 in Moo 7 and Moo 10 Kuddu Subdistrict,
Nonsang District, Nong Bua Lamphu Province

กฤษณะ สุกาวงค์ ส.ม. (วิทยาการระบาด)*
เชาวชื่น เชี่ยวการรบ วท.ม. (วิทยาการระบาด)**
คณศพร โคตรทา ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)***
ทรงเกียรติ ยुरศรี ส.ม. (วิทยาการระบาด)*
ธนวัฒน์ ชนะแสง ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)*
ไพโรจน์ ประสงค์ ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*
เสียน ชุมสวีน วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)*
สิวันนที เต็มสุข วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)*
ณัฐพล ยิ่งจำเริญ ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข)**
นัฐพงษ์ ปัตถา ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)***
จารุณี แก้วยอด วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)****
ชยานันท์ เกตุเมฆ วศ.บ. (วิศวกรรมอุตสาหการ)*****
รุ่งนภา สุธัญญ์ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)*****

Kitsana Sugawong M.P.H. (Epidemiology)*
Chaowachuen Chiewkanrob M.Sc. (Epidemiology)**
Kanesuan Kottha M.P.H. (Public Health Administration)***
Songkiat Yurasri M.P.H. (Epidemiology)*
Thanawat Chanasabang B.P.H. (Public Health)*
Pathaimat Pruangpreechasak M.P.H. (Environmental Health)*
Sean Chumseewan B.Sc. (Occupational Health & Safety)*
Sivanon Thermsook B.Sc. (Medical Technology)*
Nuttaphon Yingjumroen M.P.H. (Public Health Administration)**
Nuttaphong Puttha B.P.H. (Public Health)***
Jarunee Kaewyod B.Sc. (Public Health)****
Chayanon Ketmek B.Eng (Industrial)*****
Runnapa Suinoo B.P.H. (Public Health)*****

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

***สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนสัง

**** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกัวหน่า

***** องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

* Office of Disease Prevention and Control, Region 8 Udon Thani

** Nong bua lamphu Provincial Public Health Office

*** Nonsang District Public Health Office

**** Ban Koana Subdistrict Health Promoting Hospital

***** Nong bua lamphu Provincial Administrative Organization

Received: October 9, 2023

Revised: January 23, 2024

Accepted: May 30, 2024

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไข้เด็งกีเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย โดยมีผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เด็งกีในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันวินิจฉัยและยืนยันการระบาดของโรค เพื่ออธิบายลักษณะการเกิดโรค (บุคคล เวลา สถานที่) เพื่อศึกษาด้านกฏวิทยา เพื่อประเมินการรับรู้และความตระหนักของประชาชน และหามาตรการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก วิธีการศึกษาได้แก่ การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา การศึกษาสภาพแวดล้อม การศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การศึกษาด้านกฏวิทยา การศึกษาพฤติกรรมและการรับรู้ของประชาชน ผลการสอบสวนพบผู้ป่วยโรคไข้เด็งกีจำนวน 23 ราย

(ยืนยัน 22 ราย เข้าข่าย 1 ราย) ไม่พบผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่มีอาการไข้สูงเฉียบพลันร้อยละ 95.65 ไข้สูงลอย 2 วันขึ้นไปร้อยละ 78.26 และปวดศีรษะร้อยละ 17.39 การระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจายในครั้งนี้นี้มีความเชื่อมโยงกันในกลุ่มชุมชนและโรงเรียน ผลการสำรวจพบความชุกของน้ำยุงลายในบ้านพบว่าหมู่ 7 มีความชุกร้อยละ 35.00 และหมู่ 10 ร้อยละ 37.50 (มาตรฐานในพื้นที่ที่ระบาดเท่ากับร้อยละ 0) โดยพบลูกน้ำยุงลายทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ ที่รองขาตู้กันมด ถังน้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ ต้นบอนกระดาด ขางรองกระถาง อ่างบัว และน้ำเลี้ยงสัตว์ ผลการศึกษาด้านกีฏวิทยาพบเพียงยุงลายบ้านเพศเมียจำนวน 4 ตัว โดยทุกตัวเคยผ่านการวางไข่มาแล้ว ผลการศึกษาการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนพบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ดำเนินการกำจัดแหล่งวางไข่ยุงลายภายในบ้านและบริเวณบ้านร้อยละ 100.00 ประชาชนได้รับการแจ้งหรือประชาสัมพันธ์เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร้อยละ 93.10 และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายควรเป็นหน้าที่ของเจ้าบ้านร้อยละ 48.61 ควรเป็นหน้าที่ของประชาชนร้อยละ 37.50 และเป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 13.89 ภายหลังจากดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง การพนัสนาเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านและนอกบ้านด้วยเครื่องพ่นฝอยละออง (ULV) ติดรถยนต์และเครื่องพ่นสะพายไหล่ มาตรการสวมใส่ผ้าปิดมิดชิดของลูกน้ำยุงลาย และการจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรค ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคไข้ได้ และไม่มีพบผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก ไข้เด็งกี การสอบสวนการระบาด การควบคุมการระบาด

Abstract

Dengue fever is an endemic disease that is a major problem for public health in Thailand. The *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* mosquitoes being important vectors of disease. The investigation of Dengue fever outbreak, the objective is to confirm diagnose, to describe the nature of the disease (Time, Place, Person), study of main and secondary vector mosquitoes in the outbreak, to survey people's perceptions and behaviors awareness and establish control measures to prevent outbreaks this time and in the future. Method was a descriptive epidemiological study, environment study, laboratory study, survey perception behavior and measures used to prevent and control disease study. Results of the investigation found 23 cases (confirmed 21 cases, probable 1 case) and no deaths were found. Found 13 patients in the age group 10-14 years, most of them had acute high fever (95.65%), high fever for 2 days or more 78.26% and headache 17.39%. This propagated outbreak is epidemiology linkage to local communities and schools. The results of the larvae survey were house index (HI) 35.00% in moo 7 and 37.50% in moo 10 (standard in the outbreak areas is equal to 0%). Mosquito larvae found both in containers indoors and outdoors. Including a cabinet leg supports, water tank, discarded containers, bon leaves and water container pet. The entomological study found only 4 females of *Aedes aegypti* mosquitoes, all of which had previously laid eggs (parous). The survey of people's perception and awareness of dengue fever prevention found that during the past week, 100.00% of the mosquito breeding grounds have been eliminated outdoors and around the house. The people have been notified or publicized when there are cases of dengue fever, 93.10% and eliminating the breeding grounds for *Aedes aegypti* larvae mosquito should be the responsibility of the home owner (48.61%), should be the duty of the people (37.50%), and should be the duty of public health volunteers (13.89%). After conducting risk communication, spraying chemicals to kill adult mosquitoes indoors

and outdoors with car-mounted nebulizers (ULV) and shoulder sprayers (ULV), random crossover measures to estimate the prevalence of *Aedes* larvae mosquito and the creation of village communities to determine disease prevention measures. This allowed the outbreak of dengue fever to be controlled and no deaths were found from dengue fever.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Dengue fever, Outbreak investigation, Outbreak control

บทนำ

โรคติดเชื้อไข้เด็งกีเกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่แพร่กระจายจากยุงสู่คน พบได้บ่อยในภูมิภาคเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน คนส่วนใหญ่ที่เป็นไข้เลือดออกจะไม่มีอาการ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย คลื่นไส้ และมีผื่นขึ้น ส่วนใหญ่จะดีขึ้นใน 1-2 สัปดาห์ บางรายจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้⁽¹⁾ เชื้อไวรัสเด็งกี 4 ชนิด มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยสามารถจำแนกอาการออกเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มอาการไข้เด็งกี (Dengue Fever; DF) กลุ่มอาการไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Hemorrhagic Fever; DHF) และกลุ่มอาการไข้เลือดออกช็อกเด็งกี (Dengue Shock syndrome)⁽²⁾ ซึ่งเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย และเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 โดยบังคับให้ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาลและผู้รับผิดชอบในสถานที่ชั้นสูงทางการแพทย์หรือสัตวแพทย์ ต้องรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบภายใน 7 วัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 12 สิงหาคม 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม จำนวน 59,372 ราย อัตราป่วย 89.71 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยสูงกว่าปี พ.ศ.2565 เป็น 3 เท่า และมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 พบผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยันจำนวน 56 รายจาก 30 จังหวัด อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 โดยพบอัตราป่วยตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้เสียชีวิตพบเชื้อไวรัสเด็งกีทั้ง 4 สายพันธุ์ ซึ่งพบสายพันธุ์ 1

(DENV-1) มากที่สุด รองลงมาคือ DENV-3, DENV-2 และ DENV-4 ตามลำดับ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 3,123 ราย อัตราป่วย 56.61 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตยืนยันจำนวน 1 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.03 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้เสียชีวิตพบเชื้อไวรัสเด็งกีสายพันธุ์ 1 ทั้งนี้จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ หนองบัวลำภู (176.23) เลย (94.72) และนครพนม (83.12)

เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2566 ทีมตระหนักสถานการณ์ (SAT) ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ได้วิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปีพ.ศ.2566 พบว่าจังหวัดหนองบัวลำภูมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก จากการตรวจสอบเหตุการณ์ผิดปกติพบพื้นที่ระบาดต่อเนื่องเกิน 8 สัปดาห์ในตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 77 ราย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 21-32 และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากอยู่ในช่วงฤดูฝน เนื่องจากเป็นเหตุการณ์เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (JIT) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก้าวหน้า จึงดำเนินการออกสอบสวนควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันวินิจฉัยและยืนยันการระบาด
2. เพื่ออธิบายลักษณะการเกิดโรคและการกระจายของโรค
3. เพื่อศึกษาด้านกฏวิทยา ทาชนิดของยุงพาหะหลักและพาหะรองต่อการระบาดของโรค และประเมินประสิทธิภาพการพ่นสารเคมีในการกำจัดยุงตัวเต็มวัย
4. เพื่อประเมินการรับรู้และความตระหนักของประชาชนต่อโรคไข้เลือดออก
5. เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ และในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1. การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโนนสัง โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และโรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ รวมทั้งสัมภาษณ์พยาบาลผู้ดูแล (Passive case finding) และการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active case finding) ในชุมชนโดยการประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว เชิญชวนผู้ที่มีอาการตามนิยามผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) ที่ยังไม่เคยเข้ารับการรักษาหรือถูกวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกมาพบทีมสอบสวนโรค ณ ศาลาประชาคม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกในแบบสอบสวนโรคไข้เลือดออกที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบสวนโรคไข้เลือดออกเฉพาะรายของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel โดยกำหนดนิยามดังต่อไปนี้

1.1 โรคไข้เด็งกี (Dengue Fever)

1) ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตา มีผื่น ระหว่างวันที่ 4 พ.ค.66 ถึง 21 ก.ย.66 ในหมู่ 7 และ 10 ตำบลกุดดู่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

2) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เด็งกี คือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว $\leq 5,000$ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน Lymphocyte สูง หรือมีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ โดยการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ ดังนี้ (1) วิธี Commercial test kits ตัวอย่างเช่น NS-1 antigen ให้ผลเป็นบวก (2) วิธี Polymerase chain reaction (PCR) พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสเด็งกี (3) วิธีเพาะแยกเชื้อ (Viral isolation) ตรวจพบเชื้อไวรัสเด็งกีจากเลือดในระยะไข้

1.2 โรคไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF)

1) ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตา มีผื่น และร่วมกับมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ มีเลือดออก เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟันมีจ้ำเลือด อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายเป็นสีดำ เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือตับโต

2) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกเด็งกี และพบลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (1) เลือดเข้มข้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hct $\geq$ ร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (Hemoconcentration) หรือมีเกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มี Pleural effusion หรือ Ascites หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ≤ 3.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ (2) มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกที่มาร่วมกับมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

1.3 ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี (Dengue Shock syndrome) หมายถึง ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลงอยู่ในภาวะช็อก หรือผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะผลต่างของความดันเลือดซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก ≤ 20 มิลลิเมตรปรอท

การศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

สุ่มสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้าน หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดโดยวิธีสำรวจแบบ Visual Larval Survey จำนวน 53 หลังคาเรือน (House Index; HI)⁽²⁾ สำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะของสถานที่ราชการ วัด โรงเรียน (Container Index; CI) และบันทึกข้อมูลในโปรแกรมทันรบาดโดยทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน ในวันที่ 24 สิงหาคม 2566 และวันที่ 7 กันยายน 2566

การศึกษาด้านกฏวิทยา

1. จับยุงตัวเต็มวัยด้วยการใช้สวิงโฉบในบ้านผู้ป่วย หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระยะเวลา 15 นาทีต่อหลังคาเรือน ตั้งแต่ช่วงเวลา 08.00 – 11.00 น. และเก็บไว้ในกระปุกใสเพื่อนำไปจำแนกชนิดของยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก⁽²⁾ โดยทีมสอบสวนโรค (JIT) ซึ่งแบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 3 จุด ได้แก่ บริเวณกลางหมู่บ้าน 2 จุด และบริเวณขอบหมู่บ้าน 1 จุด

2. ผ่าท้องยุงลายเพศเมียเพื่อดูลักษณะของรังไข่ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เคยวางไข่ (parous) และไม่เคยวางไข่ (nulliparous)⁽²⁾ โดยนักกฏวิทยา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.2 เลย

การศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ทบทวนผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ได้แก่ ปริมาณเกล็ดเลือด (Plt) ปริมาณ

เม็ดเลือดขาว (WBC) และปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายจากเวชระเบียน โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

2. ทบทวนผลการตรวจหาแอนติเจนของไวรัสเด็งกีด้วย Dengue NS-1 antigen ในผู้ป่วยทุกราย จากโรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

3. เก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู หรือพื้นที่หมู่บ้านใกล้เคียง กรณีไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 และส่งตรวจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) ณ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

การศึกษาการรับรู้และความตระหนักของประชาชนต่อโรคไข้เลือดออก

โดยการสัมภาษณ์ประเด็นการรับรู้และความตระหนักของประชาชนต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในวันที่ 24 สิงหาคม 2566 จำนวน 72 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ทีมสอบสวนโรคสร้างขึ้นเองด้วยโปรแกรม Google form ซึ่งเป็นโปรแกรมฟรี ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

การศึกษามาตรการควบคุมป้องกันการระบาดของโรค

1. มาตรการที่พื้นที่ดำเนินการไปแล้ว
2. มาตรการที่ทีมสอบสวนควบคุมโรคดำเนินการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย กรณีตัวแปรแจกแจงนับนำเสนอการแจกแจงความถี่ ร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอจำนวน ค่ามัธยฐาน (สูงสุด : ต่ำสุด)

ผลการศึกษา

หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู มีลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นหมู่บ้านที่มีอาณาเขตติดต่อกัน (หมู่บ้านแฝด) อยู่ห่างจากอำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู ระยะทาง 43 กิโลเมตร เป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกัวหน้า และองค์การบริหารส่วนตำบลกุดตุ้มมีครัวเรือน 241 หลัง มีประชากร 1,068 คน วัด 1 แห่ง โรงเรียน 1 แห่ง โดยเป็นพื้นที่ไม่เคยพบผู้ป่วยมาก่อนในช่วง 6 ปีก่อนหน้า (ปีพ.ศ.2560-2565) โดยมีรายละเอียดผลการสอบสวนโรคดังต่อไปนี้

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากการสอบสวนโรค พบว่า ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคมถึง 8 กันยายน 2566 หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบล

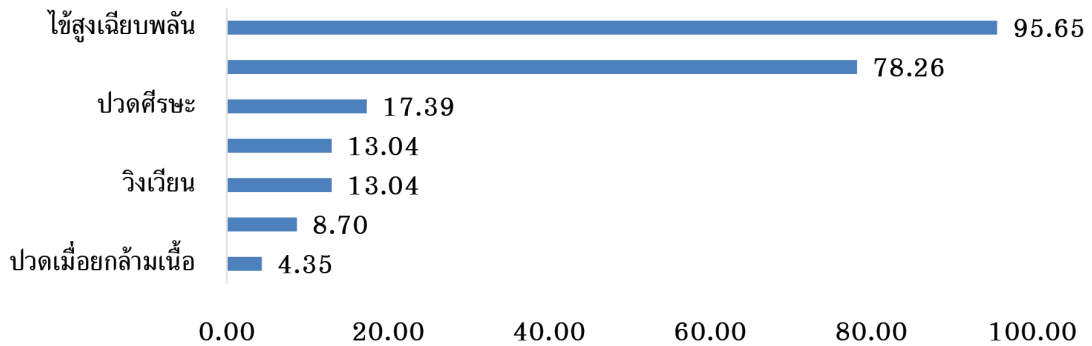
กุดตุ้ม อำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู มีผู้ป่วยโรคไข้เต็งกี 23 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยยืนยัน 22 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 1 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 23 ราย ไม่มีผู้ป่วยอาการรุนแรงจนต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลอำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู พบอัตราป่วยภาพรวม (Overall Attack rate) ร้อยละ 2.15 ไม่พบผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากที่สุดจำนวน 15 ราย เป็นเพศชายจำนวน 8 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.9 : 1 ค่ามัธยฐานอายุ 13 ปี (ต่ำสุด 6 ปี สูงสุด 54 ปี) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุของผู้ป่วย พบว่าอัตราป่วยจำเพาะ (Specific Attack rate) สูงสุดในช่วงกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 22.41) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (ร้อยละ 4.92) 15-24 ปี (ร้อยละ 2.27) และ 25-34 ปี (ร้อยละ 1.37) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วย (Attack rate) ด้วยโรคไข้เต็งกี หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอนोनั้ง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคมถึง 8 กันยายน 2566 (n=23)

กลุ่มอายุ	ประชากร	จำนวนผู้ป่วย	Attack rate (%)
0-4 ปี	42	0	0.00
5-9 ปี	61	3	4.92
10-14 ปี	58	13	22.41
15-24 ปี	132	3	2.27
25-34 ปี	146	2	1.37
35-44 ปี	157	1	0.64
45-54 ปี	184	1	0.54
55-64 ปี	143	0	0.00
65 ปีขึ้นไป	145	0	0.00
รวม	1,068	23	2.15

ผู้ป่วยมีอาการไข้สูงเฉียบพลันมากที่สุดร้อยละ 95.65 รองลงมาได้แก่ ไข้สูงลอย 2 วันขึ้นไปร้อยละ 78.26

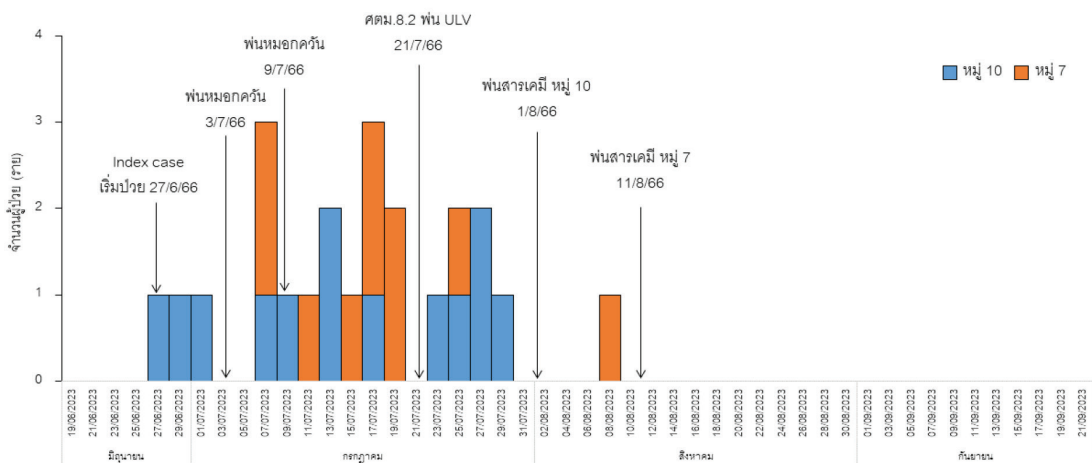
ปวดศีรษะร้อยละ 17.39 และมีผื่นร้อยละ 13.04 รายละเอียดดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ร้อยละอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคโควิด-19 7 และ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม ถึง วันที่ 3 กรกฎาคมถึง 8 กันยายน 2566 (n=23)

จากการสอบสวนพบว่าผู้ป่วย Index เพศชาย อายุ 27 ปี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานขับรถขององค์การบริหารส่วนตำบลแห่งหนึ่ง (ขับรถเก็บขยะและขับรถกู้ชีพ) เริ่มป่วยวันที่ 27 มิถุนายน 2566 มีประวัติในช่วง 14 วัน ก่อนป่วยได้ขับรถเก็บขยะและรถกู้ชีพรับส่งผู้ป่วยทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ไม่ทราบประวัติการหายากัน ยุงขณะปฏิบัติงาน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวพบการระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่หมู่ 3 และหมู่ 14 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ส่วนผู้ป่วยรายที่สองเป็นเพศหญิงอายุ 11 ปี เริ่มป่วยวันที่ 29 มิถุนายน

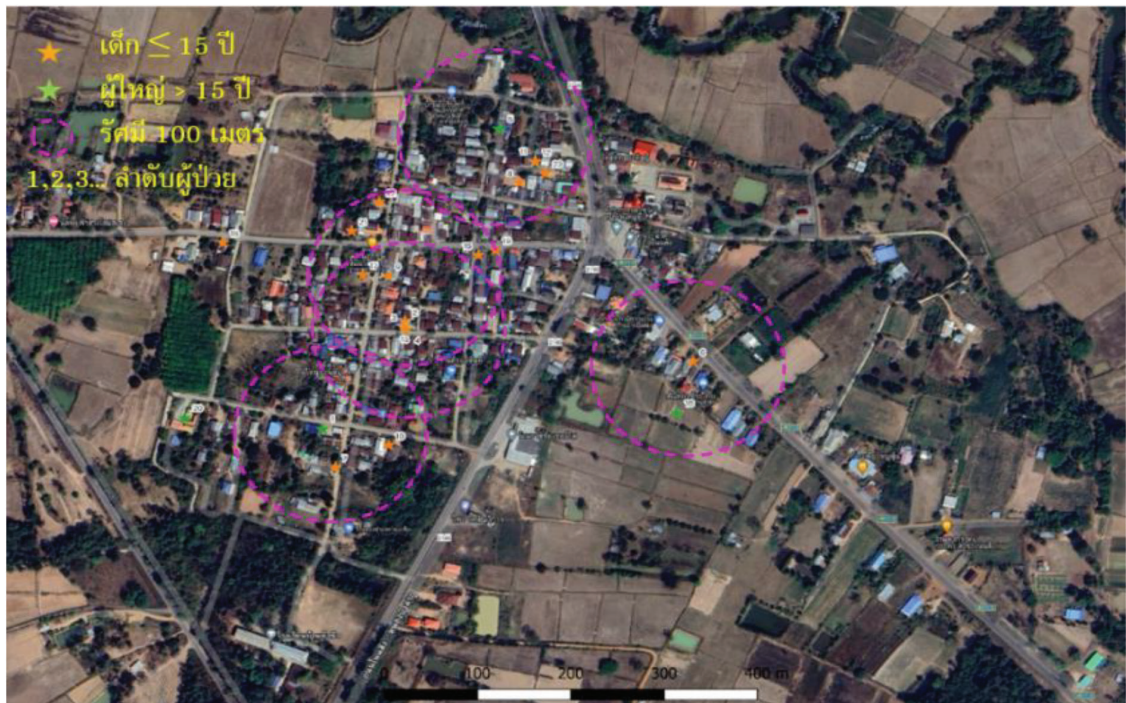
2566 ซึ่งมีประวัติ 14 วันก่อนป่วย คือ ตอนกลางคืนไปนอนพักบริเวณบ้านสวน ส่วนตอนกลางวันจะมาอาบน้ำที่บ้านตรงข้ามกับผู้ป่วย Index เพื่อไปโรงเรียนแห่งหนึ่งในบ้านหัวขัว ทั้งนี้จากการสอบสวนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม 2566 จำนวน 3 ราย วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2566 จำนวน 3 ราย และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 8 สิงหาคม 2566 รายละเอียดของการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำแนกตามวันเริ่มป่วย (Epidemic curve) ในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายนถึง 8 สิงหาคม 2566 (n=23)

พบผู้ป่วยโรคไข้เด็งกี ในหมู่ 7 จำนวน 10 ราย และหมู่ 10 จำนวน 13 ราย เมื่อพิจารณาตามวันเริ่มป่วย และการกระจายของผู้ป่วยตามหลังคาเรือนที่อยู่ในบริเวณรัศมี 100 เมตรเดียวกัน พบว่าความเชื่อมโยงของกลุ่มก้อนที่ 1 จำนวน 3 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 1, 7, 10)

กลุ่มก้อนที่ 2 จำนวน 10 ราย (ผู้ป่วยรายที่ 2, 3, 4, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 22) และกลุ่มก้อนที่ 3 จำนวน 5 ราย (รายที่ 5, 8, 11, 12, 14) และกลุ่มก้อนที่ 4 จำนวน 2 ราย (รายที่ 6, 16) ส่วนผู้ป่วยรายที่ 18 และ 20 อยู่ห่างจากกลุ่มก้อนอื่น ๆ รายละเอียดดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 การกระจายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำแนกตามที่อยู่ขณะป่วยและในพื้นที่รัศมี 100 เมตร ในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 28 มิถุนายนถึง 8 สิงหาคม 2566 (n = 23)

2. ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม

ผลการสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลาย และลักษณะที่สำคัญในพื้นที่พบว่าหมู่ 7 มีความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) ร้อยละ 35.00 ความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะ (CI) ร้อยละ 11.68 ไม่พบระยะตัวโม่ง ภาชนะที่พบลูกน้ำได้แก่ภาชนะในบ้านและนอกบ้านเช่นที่รองกันมด น้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ รองน้ำตุ๋น/เครื่องทำน้ำเย็น และต้นบอนกระดาด ส่วนในหมู่ 10 มีความชุกของ

ลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) ร้อยละ 37.50 ความชุกของลูกน้ำยุงลายในภาชนะ (CI) ร้อยละ 14.28 และพบลูกน้ำในระยะตัวโม่ง ภาชนะที่พบลูกน้ำได้แก่ ภาชนะในบ้านและนอกบ้าน เช่น น้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ จานรองกระถาง อ่างบัว/ไม้น้ำ น้ำเลี้ยงสัตว์และพบความชุกของลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน (CI) ร้อยละ 21.05 โดยพบในภาชนะที่ไม่ใช้ และขยะ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของลูกน้ำยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่สำคัญในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 24 สิงหาคม 2566

สถานที่	ดัชนีความชุกลูกน้ำยุงลาย		ระยะลูกน้ำ	ภาชนะที่พบ	
	HI (%)	CI (%)		ภายนอกบ้าน	ภายในบ้าน
หมู่ 7	ร้อยละ 35.00 บ้าน 20 หลัง พบ 7 หลัง	ร้อยละ 11.68 ภาชนะ 77 ชิ้น พบ 9 ชิ้น	ระยะลูกน้ำ 7 หลัง	- ที่รองกันมด - น้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ ต้นบอนกระดาด	- น้ำใช้ - ที่รองน้ำตุ๋น /เครื่องทำน้ำเย็น
หมู่ 10	ร้อยละ 37.50 บ้าน 40 หลัง พบ 15 หลัง	ร้อยละ 14.28 ภาชนะ 168 ชิ้น พบ 24 ชิ้น	ระยะลูกน้ำ 14 หลัง ระยะตัวมด 1 หลัง	- อื่น ๆ (ที่ใช้ประโยชน์) - น้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ - จานรองกระถาง อ่างบัว/ไม้น้ำ น้ำเลี้ยง สัตว์	- น้ำใช้ - น้ำเลี้ยงสัตว์
โรงเรียน	-	ร้อยละ 21.05 ภาชนะ 19 ชิ้น พบ 4 ชิ้น	ระยะลูกน้ำ	- ภาชนะที่ไม่ใช้ - ยางรถยนต์เก่า	

3. การศึกษาด้านกวีวิทยา

ผลการศึกษา พบยุงตัวเต็มวัยในทั้ง 2 หมู่บ้าน จำนวน 133 ตัว แบ่งเป็นเพศเมีย 55 ตัว โดยพบยุงลาย ตัวเต็มวัยเพศเมีย 4 ตัว ซึ่งอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 10 ผลการผ่าท้อง ยุงลายบ้านเพศเมียพบยุงลายที่เคียววงไขแล้ว (parous)

จำนวน 4 ตัว จากการสอบถามพบว่าบ้านหลังที่พบยุงลาย ตัวเต็มวัยอยู่ห่างจากตัวหมู่บ้าน (ชายขอบหมู่บ้าน) ซึ่งยังไม่เคยมีการพ่นสารเคมีส่วนพื้นที่ศึกษาบริเวณกลาง หมู่บ้านไม่พบยุงลายเพศเมีย (ดังตารางที่ 3) ซึ่งอาจถูก กำจัดไปในช่วงที่มีการพ่นสารเคมีไปแล้ว

ตารางที่ 3 ผลการสำรวจยุงพาหะนำโรคใช้เลือดออกรวม ในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัด หนองบัวลำภู วันที่ 24 สิงหาคม 2566

สถานที่	ชนิดการจับ		ชนิดยุง	เพศ		จำนวนยุง	ยุงลายเพศเมีย ที่เคียววงไข (Parous)
	ในบ้าน	นอกบ้าน		เมีย	ผู้		
หมู่ 7	✓	-	<i>Aedes aegypti</i>	-	11	11	-
(กลางหมู่บ้าน)	✓	-	<i>Culex</i> sp.	36	43	79	-
	✓	-	<i>Aedes aegypti</i>	-	3	3	-
หมู่ 10	-	✓	<i>Aedes aegypti</i>	-	1	1	-
(กลางหมู่บ้าน)	✓	-	<i>Culex</i> sp.	3	5	8	-
	-	✓	<i>Culex</i> sp.	-	1	1	-
หมู่ 10	✓	-	<i>Aedes aegypti</i>	4	2	6	4
(ชายขอบหมู่บ้าน)	✓	-	<i>Culex</i> sp.	12	20	32	-
รวม	-	-	-	55	78	133	4

4. การศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษาทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยที่มีความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดผิดปกติ (ตามนิยามผู้ป่วยเข้าข่าย)⁽³⁾ ได้แก่ ปริมาณเม็ดเลือดขาว $\leq 5,000$ cell/mm³ จำนวน 17 ราย โดยผู้ป่วยทุกรายไม่พบความผิดปกติของปริมาณเกล็ดเลือด และปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ซึ่งเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยเข้าข่าย

โรคไข้เด็งกี ทั้งนี้ผลการตรวจด้วย Dengue NS-1 antigen พบว่าให้ผล Positive จำนวน 22 ราย ซึ่งเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยยืนยัน และผลตรวจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) พบเชื้อไวรัสเด็งกีสายพันธุ์ 1 (DENV-1) จำนวน 3 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไข้เด็งกีในพื้นที่ หมู่ 2, 4 และ 8 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวมในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประเภทการตรวจวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่างตรวจวิเคราะห์	จำนวนผู้ป่วยที่มีผลตรวจปกติ	จำนวนผู้ป่วยที่มีผลตรวจผิดปกติ	ค่าปกติ
ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (ตามนิยามผู้ป่วยเข้าข่าย)				
ปริมาณเม็ดเลือดขาว ($\leq 5,000$)	23	6	17	$4-11 \times 10^3$ cell/mm ³
ปริมาณเกล็ดเลือด ($\leq 100,000$)	23	23	0	150,000-440,000 cell/mm ³
ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ($\geq$ ร้อยละ 20)	23	23	0	ชาย 40-54 mg/dL หญิง 37-47 mg/dL
Dengue NS-1 antigen	23	1	22	Negative
การตรวจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)	4 (ในหมู่ 2, 4, 8)	1	3	ไม่พบเชื้อไวรัสเด็งกี

5. ผลการศึกษการรับรู้และความตระหนักของประชาชนต่อโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 56.90 เพศชายร้อยละ 43.10 กลุ่มอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 40.28 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.33 2 กลุ่มอายุ 5-49 ปีร้อยละ 19.44 และพบน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปีร้อยละ 2.78 ประเด็นการรับรู้และความตระหนักพบว่า ในบ้านของผู้ตอบแบบสอบถามเคยมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกร้อยละ 4.17 มีความกังวลใจต่อการป่วยไข้เลือดออกมากที่สุดร้อยละ 76.39 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของเจ้าของบ้านมากที่สุดร้อยละ 48.61 ความพึงพอใจต่อช่องทางการเข้าถึงสื่อออนไลน์ในระดับมาก ได้แก่ Line ร้อยละ 69.44, You tube ร้อยละ 45.83 ความพึงพอใจ

ต่อช่องทางการเข้าถึงสื่อหลักในระดับมาก ได้แก่ โทรทัศน์ ร้อยละ 52.78 หอกระจายข่าวร้อยละ 41.67 อสม. ร้อยละ 70.83 ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ดำเนินการกำจัดแหล่งวางไข่ยุงภายในบ้านและบริเวณบ้านร้อยละ 100.00 ในพื้นที่ที่ทำงานอาศัยอยู่มีการแจ้งหรือประชาสัมพันธ์ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร้อยละ 93.05 หากมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัวจะอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีในบ้านและบริเวณรอบ ๆ ร้อยละ 100.00 ทราบอาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออกร้อยละ 77.78 เมื่อมีไข้สูงเฉียบพลันและสูงลอย 2 วัน จะไม่กินยาแก้ปวด NSAIDs ร้อยละ 88.89 และเมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วไม่รีบไปรับการรักษามีโอกาสเสียชีวิตได้ร้อยละ 91.67 รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการสำรวจการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่หมู่ 7 และ หมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอนิคมสร้างชีพ จังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 24 สิงหาคม 2566

ประเด็นคำถาม	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ
ตั้งแต่ปี 2566 ถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก		
มี	3	4.17
ไม่มี	69	95.83
ท่านมีความกังวลใจ/กลัวการป่วยเป็นไข้เลือดออก		
กลัว	55	76.39
ไม่กลัว	17	23.61
การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นหน้าที่ของใคร		
เจ้าของบ้าน	35	48.61
ประชาชนทุกคน	27	37.50
อสม.	10	13.89
ความพึงพอใจต่อช่องทางในการเข้าถึงสื่อออนไลน์: Line		
น้อย	5	6.94
ปานกลาง	18	25.00
มาก	50	69.44
ความพึงพอใจต่อช่องทางในการเข้าถึงสื่อออนไลน์: You tube		
น้อย	12	16.67
ปานกลาง	27	37.50
มาก	33	45.83
ความพึงพอใจต่อช่องทางในการเข้าถึงสื่อหลัก: โทรทัศน์		
น้อย	5	6.94
ปานกลาง	29	40.28
มาก	38	52.78
ความพึงพอใจต่อช่องทางในการเข้าถึงสื่อหลัก: หอกระจายข่าว		
น้อย	15	20.83
ปานกลาง	27	37.50
มาก		41.67
ความพึงพอใจต่อช่องทางในการเข้าถึงสื่อหลัก: อสม.		
น้อย	6	8.33
ปานกลาง	15	20.83
มาก	51	70.83

ตารางที่ 5 ผลการสำรวจการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู วันที่ 24 สิงหาคม 2566 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม	ร้อยละ
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ดำเนินการกำจัดแหล่งวางไข่ยุงภายในบ้านและบริเวณบ้านของท่านหรือไม่		
ดำเนินการ	72	100.00
ไม่ได้ดำเนินการ	0	0
ในพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่มีการแจ้งหรือประชาสัมพันธ์เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกหรือไม่		
มี	67	93.05
ไม่มี	5	6.95
หากมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัวของท่าน หรือบริเวณใกล้ๆ บ้านของท่าน ท่านจะอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีในบ้านและบริเวณรอบๆ หรือไม่		
อนุญาต	72	100.00
ไม่อนุญาต	0	0
อาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูงเฉียบพลัน 38-40 องศาเซลเซียส และไข้สูงลอยเกิน 2 วัน ร่วมกับอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดท้อง และอาจมีจุดแดงๆ ตามผิวหนัง		
ใช่	56	77.78
ไม่ทราบ	16	22.22
เมื่อมีไข้สูงเฉียบพลันและสูงลอย 2 วัน อาจเป็นไข้เลือดออก สิ่งที่ควรปฏิบัติคือ ห้ามกินยาแก้ปวด NSAIDs เช่น แอสไพริน ไบโคเฟนิล และไอบูโพรเฟน		
ใช่	64	88.89
ไม่ทราบ	8	11.11
เมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วไม่รีบไปรับการรักษามีโอกาสเสียชีวิตได้		
ใช่	66	91.67
ไม่ทราบ	6	8.33

6. มาตรการควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการแล้ว และกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดโรคในอนาคต

1) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วตำบลกุดตุ้ม และองค์การบริหารส่วนตำบลกุดตุ้มดำเนินการพ่นสารเคมีทำลายยุงตัวเต็มวัยในรัศมี 100 เมตร รอบบ้านผู้ป่วยรายแรก ครั้งแรกในวันที่ 3 กรกฎาคม 2566 ครั้งที่ 2 ในวันที่ 9 กรกฎาคม 2566 และครั้งที่ 3 ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2566

2) ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่รพ.สต. บ้านกั่วหน้า และประธาน อสม. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้วิธีการป้องกันตนเอง และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย วันที่ 28 สิงหาคม 2566 ผ่านทางประชาสัมพันธ์หมู่บ้าน (เสียงตามสาย)

3) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 8.2 เลย ดำเนินการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยทั้งหมู่บ้าน ด้วยเครื่อง ULV ตีตรถยนต์พ่นนอกบ้าน และเครื่อง ULV

สะพานไหล่น้ำในบ้านในวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 และวันที่ 24 สิงหาคม 2566 และสำรวจลูกน้ำยุงลายในวันที่ 24 สิงหาคม 2566

4) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านก่าวหน้า และอสม. ดำเนินการสุ่มประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลายแบบไขว้จากหมู่บ้าน ๆ ทุกวันศุกร์ ระหว่างวันที่ 14 กรกฎาคม - 8 กันยายน 2566

5) ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สคร.8 อุตรดิตถ์ ดำเนินการสอบสวน ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ค้นหาแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเพื่อชี้เป้าจุดเสี่ยง และกำหนดมาตรการร่วมกัน ในวันที่ 24 สิงหาคม 2566

6) ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. บ้านก่าวหน้า ประชาชนในหมู่ 7 หมู่ 10 และอสม. ดำเนินการจัดประชาคมเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมโรคร่วมกัน ในวันที่ 5 กันยายน 2566

7) อสม. ดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนทุกวันพุธ และวันศุกร์

อภิปรายผล

จากผลการสอบสวนโรคพบว่า การระบาดของโรคไข้เด็งกีในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลจุดตู อำเภอนนัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นพื้นที่ไม่เคยพบผู้ป่วยมาก่อนในช่วง 6 ปีก่อนหน้านี้ (ปี พ.ศ.2560-2565) สามารถยืนยันการวินิจฉัยของแพทย์ได้โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย Dengue NS-1 antigen ให้ผลเป็นบวก 22 ราย โดยมีค่ามัธยฐานระยะเวลาจากวันที่เริ่มป่วยถึงวันที่ได้รับการตรวจด้วย Dengue NS-1 antigen เท่ากับ 3 วัน (ต่ำสุด 0 วัน สูงสุด 4 วัน) ซึ่งเหมาะสมสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำมาเข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็วและลดโอกาสในการเสียชีวิตได้ส่วนอีก 1 ราย มีผลเป็นลบแต่มีผลการตรวจ WBC ต่ำกว่า 5,000 cell/mm³ ซึ่งตรงกับนิยามของผู้ป่วยเข้าข่าย จากการสอบสวนพบว่าผู้ป่วยทุกรายเป็นโรคไข้เด็งกี ซึ่งไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และเสียชีวิต ทั้งนี้ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา พบว่าอัตราส่วนของผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกัน โดยพบอัตราป่วยจำเพาะสูงสุด

ในช่วงอายุ 10-14 ปี เป็นเด็กนักเรียนที่มีอาการไม่รุนแรง ที่อาจเป็นการติดเชื้อครั้งแรก ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ระบุว่าผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเด็งกีชุกชุมอาจมีการติดเชื้อได้ 4 ครั้งตามทฤษฎีไวรัสทั้ง 4 serotypes สามารถทำให้เกิด DF หรือ DHF ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย การศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงว่าการติดเชื้อซ้ำด้วยชนิดที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เพราะส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่เป็น DHF มีการติดเชื้อซ้ำ⁽²⁾ การระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย (propagated source) ครั้งนี้ยังไม่สามารถยืนยันแหล่งรังโรคของเหตุการณ์ได้ เนื่องจากพื้นที่แห่งนี้ไม่เคยพบผู้ป่วยไข้เด็งกีมากกว่า 5 ปี ซึ่งไข่ของลูกน้ำยุงลายสามารถอยู่ในพื้นที่แห้งได้นานถึง 5 ปี แต่ถ้าเป็นพื้นที่แห้งตามธรรมชาติยังไม่ทราบว่ายุงได้ นานเท่าใด⁽³⁾ ดังนั้นเหตุการณ์นี้อาจไม่ใช่การถ่ายทอดเชื้อผ่านทางไข่ (Transovarial transmission) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเด็งกีในยุงลายในเมืองเทอร์เนท โดยใช้ Streptavidin-Biotin-Peroxidase Complex Immunohistochemistry ระบุว่า การแพร่กระจายของไวรัสไข้เลือดออกผ่านรังไข่เกิดขึ้นในยุงลาย *Aedes* spp. ทั้งตัวผู้และตัวเมียได้⁽⁵⁾ เมื่อพิจารณาประวัติของผู้ป่วย Index ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย พบว่าได้ขับรถเก็บขยะ และขับรถกู้ชีพรับส่งผู้ป่วยทุกหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่ 3 และหมู่ 14 ตำบลจุดตู อำเภอนนัง จังหวัดหนองบัวลำภู อาจทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสเด็งกีขณะปฏิบัติงานแล้ว แพร่เชื้อต่อในชุมชนได้ สาเหตุการระบาดของโรคในชุมชนตามเวลาน่าจะเกิดจากการควบคุมโรคล่าช้า โดยดำเนินการหลังจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วย Index 8 วัน ซึ่งน่าจะเกิดจากผู้ป่วยมารับการรักษาช้า (6 วันหลังจากเริ่มป่วย) ส่วนการกระจายของโรคตามสถานที่พบว่ามีผู้ป่วยกระจายอยู่ตามหลังคาเรือนที่อยู่ในบริเวณรัศมี 100 เมตรเดียวกันกับผู้ป่วยรายแรกๆ ในแต่ละกลุ่มก่อนการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของจาร์ส เอียงหมิ

และคณะที่พบว่าผู้ป่วยจะอาศัยอยู่ในบ้านละแวกเดียวกัน และเกิดในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน⁽⁶⁾ และยังสอดคล้องกับการสอบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน Jothinagar เขต Thiruvallur รัฐทมิฬนาฑู อินเดีย พ.ศ. 2560: การสอบสวนทางระบาดวิทยา ภูมิวิทยา และภูมิสารสนเทศ⁽⁷⁾ ที่พบว่าการระบาดของโรคตามภูมิศาสตร์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสเด็งกีจะอยู่ในระยะ 70 เมตรจากจุดเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเฉพาะบริเวณใจกลางของหมู่บ้าน ทั้งนี้ผลการสอบสวนยังพบว่าผู้ป่วยบางรายอาศัยอยู่นอกรัศมี 100 เมตรจากบ้านผู้ป่วยรายอื่น ๆ ด้วย ซึ่งแหล่งรังโรคอาจอยู่ในบริเวณของโรงเรียนในพื้นที่ เนื่องจากผลการสำรวจความชุกของลูกน้ำยุงลายมีค่าเกินมาตรฐานด้วย และในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีการเดินทางสัญจรค้าขายหรือการทำงานของประชาชนได้

จากผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ความชุกของลูกน้ำยุงลายในบ้านทั้ง 2 หมู่มีค่าสูงกว่ามาตรฐาน (HI = 0%) โดยพบในภาชนะทั้งในบ้านและนอกบ้าน และยังพบลูกน้ำในระยะตัวโม่งซึ่งบ่งชี้ว่ามาตรการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ ภาชนะในบ้านและนอกบ้าน เช่น น้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ จานรองกระถาง อ่างบัว/ไม้ น้ำต้นไม้บ่อน และน้ำเลี้ยงสัตว์ ทั้งนี้ยังพบความชุกของลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน (CI) ร้อยละ 21.05 ภาชนะประเภทขยะ สอดคล้องกับการสอบสวนการระบาดของโรคไข้เด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกีในหมู่ 6 ตำบลจอมประทัด อำเภอดงหลวง จังหวัดราชบุรี วันที่ 18-26 สิงหาคม 2558⁽⁸⁾ ที่พบว่า การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมค่า HI ให้ลดลงได้

ผลการศึกษาด้านกีฏวิทยาพบยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เพศเมีย จำนวน 4 ตัว ในพื้นที่หมู่ที่ 10 โดยไม่พบยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ผลการผ่าท้องยุงลายบ้านเพศเมียพบว่ายุงเคยวางไข่แล้ว (parous) จำนวน 4 ตัว จากการสอบถามพบว่าบ้านหลังที่พบยุงลายตัวเต็มวัยอยู่ชายขอบหมู่บ้านซึ่งยังไม่เคยมีการพ่นสารเคมี ทั้งนี้ไม่พบยุงลายเพศเมียในพื้นที่กลางหมู่บ้านทั้ง 2 จุด ที่กำหนดไว้ในการศึกษา อาจบ่งชี้ได้ว่า

ประสิทธิภาพของการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านโดยใช้ ULV ดิตรถยนต์และเครื่อง ULV สะพายไหล่พ่นในบ้านและนอกบ้านพร้อมกันในวันที่ 21 กรกฎาคม 2566 รวมทั้งการพ่นสารเคมีชนิดหมอกควันในวันที่ 8 และ 11 สิงหาคม 2566 น่าจะมีประสิทธิภาพในพื้นที่กลางชุมชน ยกเว้นพื้นที่ชายขอบหมู่บ้านที่ไม่ได้รับการพ่นในวันที่ 8 และ 11 สิงหาคม 2566 เนื่องจากอยู่นอกระยะรัศมี 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วย

ผลการศึกษาการรับรู้และความตระหนักของประชาชนต่อโรคไข้เลือดออกพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้าน โดยมีความกังวลใจต่อการป่วยไข้เลือดออกมากที่สุดร้อยละ 76.39 การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายควรเป็นหน้าที่ของเจ้าของบ้านมากที่สุดร้อยละ 48.61 แต่ยังมีบางส่วนที่คิดว่าควรเป็นหน้าที่ของ อสม. ความพึงพอใจมากที่สุดต่อช่องทางการเข้าถึงสื่อออนไลน์ในระดับมาก คือ Line ร้อยละ 69.44 ซึ่งน่าจะพัฒนาช่องทางสื่อสารนี้อีกอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจมากที่สุดต่อช่องทางการเข้าถึงสื่อหลักในระดับมาก คือ อสม. ร้อยละ 70.83 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมาก ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนตอบว่าได้กำจัดแหล่งวางไข่ยุงภายในบ้านและบริเวณบ้านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมที่พบว่าความชุกของลูกน้ำยุงลายยังมีค่าสูง ทั้งนี้ความคิดเห็นต่อมาตรการควบคุมยุงลายคือ หากมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัวจะอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีในบ้านและบริเวณรอบๆ ร้อยละ 100.00 โดยทราบอาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 77.78 เมื่อมีไข้สูง เจ็บปื้นและสูงลอย 2 วัน จะไม่กินยาแก้ปวด NSAIDs ร้อยละ 88.89 ซึ่งหากพบการระบาดด้วยโรคไข้เลือดออก (DHF) หรือไข้เลือดออกช็อก อาจพบการเสียชีวิตเพิ่มเติมได้และเมื่อป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วไม่รีบไปรับการรักษามีโอกาสเสียชีวิตได้ร้อยละ 91.67

มาตรการควบคุมป้องกันโรคในระยะแรกๆ เมื่อพบผู้ป่วยดำเนินการได้ล่าช้า รวมทั้งการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจ

เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น การเตรียมความพร้อมด้านคน ทรัพยากรงบประมาณ สารเคมีกำจัดยุงลาย การวางแผน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวไม่เคยพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี 2561 รวมทั้งจังหวัดหนองบัวลำภูได้ถ่ายโอนภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าใจบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ ผู้นำชุมชน หรือภาคประชาชนด้วย

สรุปผลการสอบสวน

ผลการสอบสวนโรคในพื้นที่หมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภูในครั้งนี้ พบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้เด็งกี (DF) จำนวน 23 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 10-14 ปีมากที่สุด จำนวน 13 ราย ส่วนใหญ่มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ร้อยละ 95.65 รองลงมาได้แก่ไข้สูงลอย 2 วันขึ้นไป ร้อยละ 78.26 ปวดศีรษะ ร้อยละ 17.39 และผื่น ร้อยละ 13.04 โดยเป็นการระบาดแบบแหล่งโรคแพร่กระจาย ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของการประกอบอาชีพที่ต้องเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เด็งกี แล้วมาแพร่เชื้อต่อในหมู่บ้านและโรงเรียนในพื้นที่โดยมียุงลายบ้านเป็นพาหะหลักนำโรคในครั้งนี้ พบความชุกของยุงลายในบ้านเกินค่ามาตรฐานทั้ง 2 หมู่บ้าน ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ ที่รองกันมด ถังน้ำใช้ ภาชนะที่ไม่ใช้ ต้นบอนกระดาด จานรองกระถาง อ่างบัว น้ำเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น ผลการศึกษาด้านกฏวิทยาพบยุงลายบ้านเพศเมียที่เคยวางไข่แล้ว (parous) จำนวน 4 ตัว (ร้อยละ 100) ผลการศึกษาการรับรู้และความตระหนักต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ประชาชนรับรู้อาการของโรคไข้เลือดออกแต่มีความกังวลต่อการป่วยหากป่วยแล้วไม่รักษาอาจเสียชีวิตได้ และพึงพอใจมากในการสื่อสารผ่าน Line ประชาชนเห็นว่าการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นหน้าที่เจ้าของบ้าน หากเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีในบ้านและบริเวณรอบๆ การใช้มาตรการสวมใส่หน้ากากอนามัยของลูกน้ำ การจัดทำประชาคมหมู่บ้านเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรค สามารถควบคุมการระบาดได้

ข้อเสนอแนะ

1. รพ.สต.บ้านก่าวหน้า ผู้นำชุมชน และประธานอสม. สื่อสารความเสี่ยงโรคไข้เลือดออกให้ประชาชนร่วมกันคงตามมาตรการ 3 เก็บป้องกัน 3 โรค เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน และในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการระบาดซ้ำ
2. หน่วยงานสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรเน้นย้ำมาตรการแจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว 3-3-1 และดำเนินการควบคุมโรคต่อเนื่อง 0, 3, 7, 14, 28 เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกๆ หรือผู้ป่วย Index พร้อมทั้งสอบสวนค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบๆ บ้านผู้ป่วยตามนิยามทุกราย
3. หน่วยงานสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลายในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขโอนย้ายภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อไป (ระบบ ทรัพยากร และการบริหารจัดการ)

ข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

1. ไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ทุกรายเนื่องจากผู้ป่วยรักษาหายแล้ว และไม่อยู่บ้าน โดยผู้ป่วยบางรายจำวันเริ่มป่วยที่แน่นอนไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วย Index ไม่สามารถให้ประวัติได้ว่าถูกยุงลายกัดในวันใดบ้างก่อนป่วย จึงยังไม่ทราบพื้นที่ที่เป็นแหล่งรังโรคที่ชัดเจน
2. การสอบสวนควบคุมโรคไข้เด็งกีในระยะแรกดำเนินการได้ล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. ไม่ทราบสายพันธุ์ของเชื้อไวรัสเด็งกีในการระบาดครั้งนี้ เนื่องจากในขณะที่ยังสอบสวนโรคไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เด็งกีในหมู่ 7 และหมู่ 10 ตำบลกุดตุ้ม อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู แต่หากพิจารณาความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาตามสถานที่ระดับตำบล ซึ่งน่าจะมีการเดินทางไปมาระหว่างหมู่บ้านของผู้ป่วยไข้เด็งกีได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี นายบุญเทียน อาสารินทร์ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู นายกองดีการบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู นายอำเภอโนนสัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสัง ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนการลงพื้นที่สอบสวนในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขและคณะ ที่อำนวยความสะดวกในการประสานงานและการปฏิบัติงานในพื้นที่ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ พ.ศ.2563. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
2. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือวิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2558.
3. วันวิสาข์ อุดมสินประเสริฐ. ผลแลปจากการตรวจเลือด....มีความหมายว่าอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/hI3Rn>
4. เติลินวิธ. นักกีฏวิทยาอยู่ลยสุดทนอยู่ในพื้นที่แห่งได้นาน 5 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://d.daily-news.co.th/regional/363201/>
5. Kurnia N, Kaitana Y, Salaki CL, Mandey LC, Tuda JSB, Tallei TE. Study of dengue virus transovarial transmission in *Aedes spp.* in Ternate city using streptavidin-biotin-peroxidase complex immunohistochemistry. Infect Dis Rep 2022; 14(5): 765-71.
6. จำรัส เอียงหมี, ภิพาภรณ์ โมรราราช, นกตล วันตะ, บุญรัตน์ ปันตา, เกษม ศิริมา, ประสิทธิ์ ถาวรอำย์. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เดงกีบ้านสันป่าลาน หมู่ 5 ตำบลตากออก อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2559; 47(พิเศษ): S34-40.
7. Bajwala VR, Nagamuthu A, Venkatasamy V, Rajasekar TD, John D, Ranga V, et. al. Report of dengue outbreak investigation in Jothinagar village, Thiruvallur district, Tamil Nadu, India, 2017: epidemiological, entomological, and geospatial investigations. Int J Res Med Sci 2022; 10(7): 1494-502.
8. ชวนนท์ อิ่มอาบ วัฒนชัย ปรีกัมศีล. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เดงกีและโรคไข้เลือดออกเดงกีในหมู่ 6 ตำบลจอมประทัด อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี วันที่ 18-26 สิงหาคม 2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2559; 47 (พิเศษ): S22-6.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ ของทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น Effectiveness of a Motivation Enhancement Program on Smoking Cessation Among the Conscripts at Queen' Sripatcharin Military Base, Khon Kaen Province

วนิดา ลาภโชค พย.บ. *

นภาพัญญ์ จันทขัมมา ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)*

องคอร ประจันเขตต์ ศษ.ด. (การบริหารการศึกษา)**

*สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

Wanida Lapchok, B.N.S.*

Napaphen Jantacumma Dr.P.H (Public Health Nursing)*

Ong-on Prajankett Ed.D. (Educational Administration)**

*School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

**Royal Thai Army Nursing College

Received: December 28, 2023

Revised: March 11, 2024

Accepted: June 16, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น ที่ติดนิโคติน สูบบุหรี่ 1 ปีขึ้นไป และอยู่ในชั้นล้งเลใจที่จะเลิกบุหรี่ จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยอ้างอิงทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ 3) แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ 4) แบบประเมินระดับการติดนิโคติน 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ 6) การวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าดัชนีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคมากกว่า 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ และสถิติทดสอบแมนวิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ระดับการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.001$ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับการติดนิโคตินระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.001$

ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ไปใช้ในกลุ่มทหารใหม่และมีการประเมินการติดนิโคตินทุกราย

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง เลิกบุหรี่ ทหารกองประจำการ

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to compare the effectiveness of a motivation-enhancing smoking cessation program among soldiers stationed at Sri Patcharinthra Camp, Khon Kaen Province. A sample group of soldiers from Sri Patcharinthra Camp, Khon Kaen Province, consisting of 62 individuals who had been smoking cigarettes for at least one year and were contemplating quitting smoking, was divided into an experimental group and a control group, each comprising 31 individuals. The tool utilized for the experiment was a motivation-enhancing smoking cessation program developed based on the principles of motivational enhancement theory, referencing the stages of behavior change. Data were collected through a questionnaire consisting of six parts 1) Personal information 2) Assessment of self-efficacy beliefs in smoking cessation 3) Assessment of smoking cessation behaviors 4) Assessment of nicotine dependence level 5) Assessment of stages of behavior change in smoking cessation 6) Measurement of exhaled carbon monoxide levels. Passed the quality check of the instrument with a Cronbach alpha coefficient greater than 0.70. Data analysis employed descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test.

Results found that, the experimental group exhibited significantly higher levels of self-efficacy beliefs in smoking cessation, smoking cessation behaviors, and stages of behavior change in smoking cessation post-experiment compared to pre-experiment levels. Additionally, post-experiment, the experimental group had significantly lower levels of nicotine dependence and exhaled carbon monoxide levels compared to pre-experiment levels, with statistical significance (p -value<0.001). When comparing the experimental and control groups pre-experiment, no statistically significant differences were found in self-efficacy beliefs, smoking cessation behaviors, stages of behavior change, nicotine dependence levels, or exhaled carbon monoxide levels. However, post-experiment, statistically significant differences were observed between the experimental and control groups (p -value<0.001).

Recommendations include implementing the motivation-enhancing smoking cessation program for new military personnel and conducting nicotine dependence assessments for all individuals.

Keywords: Motivation enhancement program, Stage of change, Quit smoking, Conscript

บทนำ

ทั่วโลกมีประชากรผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าผู้สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นปีละประมาณ 10 ล้านคนในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 200 ล้านคน⁽¹⁾ การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรโลก

ประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปี ค.ศ. 2000⁽²⁾ และคาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ.2030 จะมีการเสียชีวิต 10 ล้านคนจากการสูบบุหรี่⁽³⁾ ในประเทศไทย มีการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 17.4 เพศชาย

มีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 26 เท่า กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่สูงสุด คือช่วงอายุ 25 – 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.0 โดยภาพรวมผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มค่อนข้างลดลงจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 แต่พบผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ช่วงอายุ 18 – 22 ปี สูบบุหรี่เป็นปกตินิสัย เมื่ออายุ 19–23 ปี⁽⁴⁾ การสูบบุหรี่เสี่ยงทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCDs) ที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ เพิ่มขึ้นจาก 343.06 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2552 เป็น 355.3 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2556 และในปี 2561 โรคที่เป็นสาเหตุการตายได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾

การรักษาผู้สูบบุหรี่มีหลายแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ เช่น หักดิบเลิกด้วยตนเอง การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ให้นิโคตินทดแทน นวดกดจุดสะท้อนเท้า และการใช้พฤติกรรมและจิตสังคมบำบัด⁽⁶⁾ มีการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคม 3 ชนิด คือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhance therapy; MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) และกลุ่ม 12 ขั้นตอนในผู้ป่วยสุรา พบว่า มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นช่วยเพิ่มจำนวนวันที่หยุดดื่มสุราได้ มากกว่าการบำบัดอีก 2 วิธี⁽⁷⁾ สอดคล้องกับ การศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ในผู้รับบริการชาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น⁽⁸⁾ โดยการให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement; MET) เป็นการบำบัดที่เป็นระบบและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในแบบค่อยเป็นค่อยไปแก้ไขความลังเลใจ และสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเอง

ดังนั้นเมื่อบุคคลมีแรงจูงใจจึงนำไปสู่การตั้งเป้าหมายที่แน่วแน่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีการประเมินผลลัพธ์การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans theoretical model; TTM, stage of change) ในการประเมินขั้นของการเปลี่ยนแปลง

มีการสำรวจการติดบุหรี่ในช่วงเดือน มกราคม 2566 ด้วยแบบประเมินการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จำนวน 69 ราย มีการติดบุหรี่ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60.86, 34.80 และ 4.34 ตามลำดับ ระดับขั้นความสนใจเลิกสูบบุหรี่อยู่ในขั้นสนใจเลิกบุหรี่ขั้นลังเลใจเลิกบุหรี่และขั้นไม่สนใจเลิกบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 15.78, 30.56 และ 53.66 หากในระหว่างการเข้ารับราชการทหารกองประจำการยังมีการสูบบุหรี่ต่อเนื่องจะทำให้เกิดเสพติดบุหรี่ เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เสียค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยด้วยเงินจำนวนมากส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ของทหารกองประจำการ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดี ลดการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระยะยาวและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

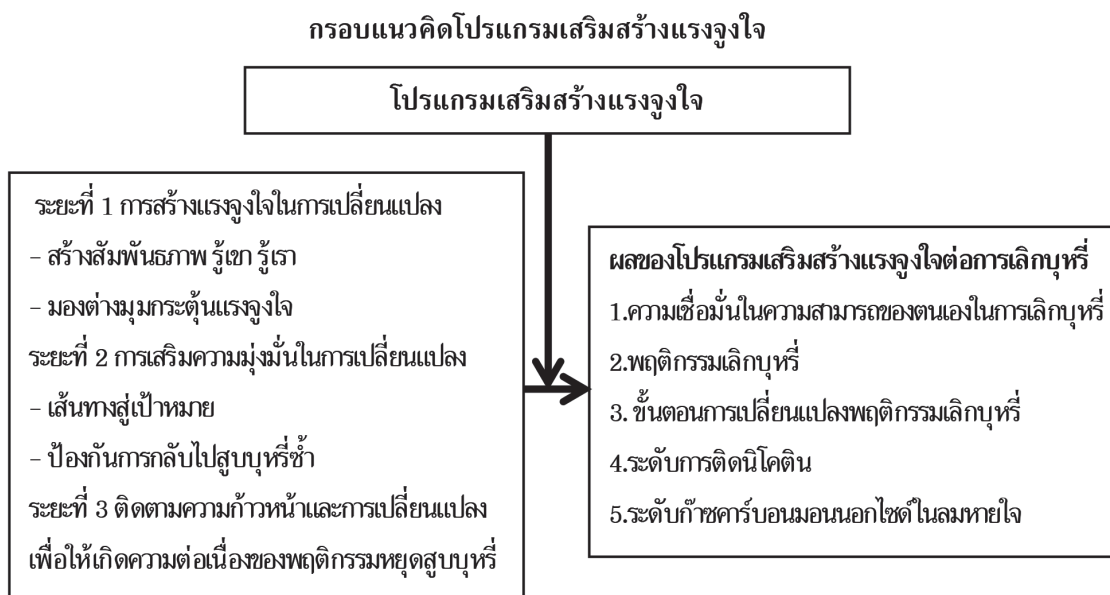
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และระดับก้าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน และระดับก้าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick⁽⁹⁾ มาใช้เสริมสร้างแรงจูงใจภายใน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการแก้ปัญหาแบบค่อยเป็นค่อยไปและมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Client – centered) เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง (Building motivation for change) ระยะที่ 2 การเสริมความ

มุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง (Strengthening commitment to change) ระยะที่ 3 ติดตามความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลง (Follow through) มีการประเมินผลลัพธ์การเสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska และ DiClemente⁽¹⁰⁾ มี 6 ขั้น ดังนี้ 1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation stage) 2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation stage) 3. ขั้นตัดสินใจหยุด (Determination stage) 4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action stage) 5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance stage) 6. ขั้นกลับไปเสพยา (Relapse stage)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร ได้แก่ ทหารกองประจำการในปี พ.ศ 2566 ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น ที่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่จำนวน 120 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทหารกองประจำการกองพัน ทหารม้าที่ 6 กรมทหารม้าที่ 6 ในพระองค์สมเด็จพระศรี-พัชรินทราบรมราชินีนาถ ค่ายศรีพัชรินทร จำนวนขนาด ตัวอย่างโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสุกัญญา คำก้อน⁽¹¹⁾ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ขนาดอิทธิพล (Large effect size) = 0.90 อำนาจการทดสอบ (Power of test (1 - β)) = 0.90 เมื่อ Beta = 0.10 ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 52 ราย ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 62 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน ใช้เกณฑ์การคัดเข้าด้วยแบบ ประเมินการติดนิโคติน ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 1 ปีขึ้นไป ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่อยู่ในขั้น ลังเลใจ มีความสนใจเข้าร่วมวิจัย อ่านเขียนภาษาไทย ได้เข้าใจ และไม่ได้อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาหรือ เข้าโครงการเลิกบุหรี่ เกณฑ์การคัดออกเมื่อเจ็บป่วยโรค ทางกายและทางจิตที่รุนแรง ขอดถอนตัวหรือออกปฏิบัติ ราชการภาคสนามตามคำสั่งหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวม

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อน มารับราชการทหารกองประจำการ ประวัติการเจ็บป่วย ที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ปริมาณบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ เหตุผลที่สูบบุหรี่ครั้งแรก ประวัติการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการ เลิกบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ เหตุผลในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้

1.2 แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถ ตนเองในการเลิกบุหรี่ ของสุกัญญา คำก้อน⁽¹¹⁾ ข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5=มั่นใจมาก 4=มั่นใจ 3=ไม่แน่ใจ 2=ไม่มั่นใจ 1=ไม่มั่นใจเลย คะแนนรวมของแบบวัดทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ของ สุกัญญา คำก้อน⁽¹¹⁾ ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

- ด้านบวก 5 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
4 = ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์
3 = ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์
2 = ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย

- ด้านลบ 1 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
2 = ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์
3 = ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์
4 = ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์
5 = ไม่เคยปฏิบัติเลย

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 22-110 คะแนน แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคเท่ากับ 0.91

1.4 แบบประเมินระดับการติดนิโคติน ของกรองจิต วาทีสาถกกิจ⁽¹²⁾ มีจำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน การแปลผล ดังนี้

- 0-3 คะแนน หมายถึง ระดับการติดนิโคตินน้อย
4-6 คะแนน หมายถึง ระดับการติดนิโคตินปานกลาง
7-10 คะแนน หมายถึง ระดับการติดนิโคตินมาก
แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70

1.5 แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ของภาสกร เนตรทิพย์วัลย์⁽¹³⁾ แบบวัดนี้มี 5 ตัวเลือกตามระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ดังนี้

ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่อยู่และยังไม่คิดที่จะเลิก สูบบุหรี่ภายในอีก 6 เดือนข้างหน้า : อยู่ในขั้นไม่สนใจ ปัญหา

ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่อยู่แต่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ภายในอีก 6 เดือนข้างหน้า : อยู่ในขั้นลังเลใจ

ปัจจุบันท่านได้ลองหยุดสูบบุหรี่และวางแผนที่จะ เลิกสูบบุหรี่ภายในอีก 1 เดือนข้างหน้า : อยู่ในขั้น ตัดสินใจหยุด

ปัจจุบันท่านหยุดสูบบุหรี่ได้ 1 เดือน : อยู่ในขั้น ลงมือปฏิบัติ

ปัจจุบันท่านได้หยุดสูบบุหรี่แล้วมากกว่า 1 เดือน แต่อย่างน้อยกว่า 6 เดือน : อยู่ในขั้นกระทำต่อเนื่อง

1.6 ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ใน ลมหายใจวัดโดยการใช้เครื่องเป่า Pico Smokerlyzer มีเกณฑ์การให้คะแนน ระดับก๊าซ CO (ppm) ดังนี้

- 0-6 ppm หมายถึง ไม่ได้สูบบุหรี่
7-15 ppm หมายถึง มีการสูบบุหรี่
≥16 ppm หมายถึง เสพติดบุหรี่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้คือโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollick⁽⁹⁾ จะเสริมสร้างแรงจูงใจให้สามารถไปสู่เป้าหมายเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที จำนวน 4 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ รู้เขา รู้เรา กิจกรรมครั้งที่ 2 มองต่างมุมกระตุ้นแรงจูงใจเลิกบุหรี่ กิจกรรมครั้งที่ 3 เส้นทางสู่เป้าหมาย และกิจกรรมครั้งที่ 4 ป้องกันกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมนี้ร่วมกับการฝึกทหการกองประจำการตามปกติของกองร้อยที่ประจำการอยู่ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับเพียงกิจกรรมการฝึกทหการกองประจำการตามปกติของกองร้อยที่ประจำการอยู่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ของทหการกองประจำการค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ 1 ท่าน พยาบาลส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ตามคำแนะนำ ความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.97-1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่และแบบประเมินระดับการตัดสินใจไปทดลองใช้ (try out) กับทหการกองประจำการที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.83 แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ เท่ากับ 0.91 และแบบประเมินระดับการตัดสินใจเท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (NS No 24 /2565)

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มทดลองลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกิจกรรมจัดให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 4 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินระดับการตัดสินใจและระดับการตัดสินใจคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ รู้เขา รู้เรา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับการตัดสินใจตัดสินใจ ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่และระดับการตัดสินใจคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ สะท้อนผลการประเมินเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 มองต่างมุมกระตุ้นแรงจูงใจ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสมองติดยาเสพติด รับทราบถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจเลิกบุหรี่

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 เส้นทางสู่เป้าหมาย เพื่อให้มีการตั้งเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม มีความรู้ความเข้าใจเส้นทางการเลิกบุหรี่และออกแบบเส้นทางการเลิกบุหรี่ของตนเอง นำต้นแบบทหการที่เลิกบุหรี่สำเร็จแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อเพิ่มความมั่นใจในเส้นทางการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ เพื่อให้เรียนรู้ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มีความมั่นใจและกล้าที่จะปฏิเสธ โดยการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์ที่กำหนด

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 โดยแบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินระดับการตัดสินใจตัดสินใจและวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามระเบียบของทหารกองประจำการและให้ความรู้โทษและพิษภัยการสูบบุหรี่และการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาบุหรี่หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มเปรียบเทียบชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มเปรียบเทียบลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ แบบประเมินพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ แบบประเมินระดับการตัดสินใจตัดสินใจและวัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ผู้วิจัยนำกลุ่มเปรียบเทียบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบประเมินเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกตินำเสนอค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกตินำเสนอค่ามัธยฐาน (Median; Mdn) และพิสัยควอไทล์ (interquartile range; IQR)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับการตัดสินใจตัดสินใจและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กรณีข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test กรณีข้อมูลแจกแจง

แบบปกติใช้สถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha (X) = 0.05$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ระดับการตัดสินใจตัดสินใจ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังทดลอง กรณีข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) กรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้สถิติทดสอบที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha (X) = 0.05$

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน อายุเฉลี่ย 20.38 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21 - 23 ปี ร้อยละ 51.60 อายุ น้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 26 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด ร้อยละ 87.10 และ 90.30 ตามลำดับ ระดับการ ศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 51.60 และ 58.80 ตามลำดับ อาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.20 และ 61.30 ตามลำดับ ประวัติเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเจ็บป่วย ร้อยละ 6.50 และ 3.20 ตามลำดับ โรคที่พบคือโรคภูมิแพ้ และมีอาการหายใจเหนื่อย อายุเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 14.55 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10 - 14 ปี ร้อยละ 51.60 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 14.42 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 19 ปี ร้อยละ 51.60 ปริมาณสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 13.41 มวน กลุ่มเปรียบเทียบ เฉลี่ย 14.16 มวน ระยะเวลาสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองเฉลี่ย 5.38 ปี กลุ่ม เปรียบเทียบเฉลี่ย 5.93 ปี ลักษณะการสูบบุหรี่กลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 64.50 และ 80.60 ตามลำดับ เหตุผลการสูบบุหรี่ ครั้งแรกของกลุ่มทดลองเพื่อผ่อนคลายความเครียด อดอยากและสูบบุหรี่ตามเพื่อน ร้อยละ 58.10, 54.80 และ

29.00 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ เพราะอยากลอง
สูบบุหรี่ และผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 61.30,
58.10 และ 41.90 ตามลำดับ ประวัติเคยเลิกสูบบุหรี่
กลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.60 และกลุ่มเปรียบเทียบเคยเลิก
สูบบุหรี่ 64.50 วิธีการเลิกบุหรี่ กลุ่มทดลองจะค่อยๆ
ลดจำนวนลง หักดิบและเคี้ยวหมากฝรั่ง ร้อยละ 32.30,
9.70 และ 9.70 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบจะหักดิบ
ค่อยๆ ลดจำนวนลง และเคี้ยวหมากฝรั่ง ร้อยละ 35.50,
25.80 และ 3.20 ตามลำดับ ช่วงเวลาที่ชอบสูบบุหรี่
มากที่สุด กลุ่มทดลองจะสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหาร

เมื่อมีความเครียดขณะเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 66.70, 54.80
และ 45.20 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบจะสูบบุหรี่
หลังรับประทานอาหาร หลังตื่นนอนตอนเช้า
ขณะเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 71.00, 64.50 และ 38.70
ตามลำดับ เหตุผลการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง
เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพเพื่อครอบครัว และผู้บังคับบัญชา
ให้การสนับสนุน ร้อยละ 38.70, 22.60 และ 16.10
ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบเลิกสูบบุหรี่ เพื่อสุขภาพ
เพื่อครอบครัว และสิ้นเปลือง ร้อยละ 64.50, 19.40
และ 9.70 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	Min=18, Max=26, $\bar{X}$ =20.38, S.D.=2.07 Min=18, Max=26, $\bar{X}$ =20.80, S.D.=2.22			
18-20	13	41.90	13	41.90
21-23	16	51.60	15	48.40
24-26	2	6.50	3	9.70
การศึกษา				
ประถมศึกษา	5	16.10	9	29.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	32.30	14	45.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	51.60	8	58.80
อาชีพ				
รับจ้าง	14	45.20	19	61.30
เกษตรกร	8	25.80	6	19.40
ว่างงาน	5	16.10	3	9.70
ประวัติเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่				
ไม่มี	29	93.50	30	96.80
มี	2	6.50	1	3.20
อายุเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี)	Min=10, Max=19, $\bar{X}$ =14.55, S.D.= 2.29 Min=11, Max=20, $\bar{X}$ =14.42, S.D.=1.87			
10-14	16	51.60	14	45.20
15-19	15	48.40	16	51.60
ตั้งแต่ 20 ปี เป็นต้นไป	0	0	1	3.20

เมื่อทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่

ระดับการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ หลังการทดลองแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ผลรวมอันดับ (Sum of ranks) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=31)

ตัวแปร	Mean rank	Sum of ranks	Z	p-value
ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่	15.98	431.50	4.62	<0.001*
พฤติกรรมเลิกบุหรี่	15.97	463	4.74	<0.001*
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเลิกบุหรี่	16	496	5.05	<0.001*
ระดับการติดนิโคติน	11.86	449	4.00	<0.001*
ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ	16	496	4.87	<0.001*

หลังการทดลองใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุรื้ระดับการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ผลรวมอันดับ (Sum of ranks)ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (n=31)

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Z	p-value
	Mean rank	Sum of ranks	Mean rank	Sum of ranks		
ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่	45.58	1413.00	17.42	540.00	6.15	<0.001
พฤติกรรมเลิกบุหรี่	46.55	1443.00	16.45	510.00	6.57	<0.001
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่	46.69	1447.50	16.31	505.50	7.20	<0.001
ระดับการติดนิโคติน	20.98	650.50	42.02	1302.50	4.71	<0.001
ระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ	16.39	508.00	46.61	1445.00	6.78	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองต่อการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองมีความแตกต่างกับก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการออกแบบเส้นทางการเลิกบุหรี่และกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง มีการกระตุ้นเตือนตนเอง มีต้นแบบข้าราชการทหารที่หยุดสูบบุหรี่ได้สำเร็จมาสร้างความเชื่อมั่นการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการได้รับความรู้อาการขาดนิโคตินและการปฏิบัติตัวเมื่ออยากสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเลิกบุหรี่ที่พบว่า หลังการทดลองแตกต่างกับก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากกลุ่มทดลองมีความเข้าใจถึงอาการสมองติดบุหรี่เห็นข้อเสียของการสูบบุหรี่ และมีการส่งเสริมทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ได้เรียนรู้ทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ทำให้เกิดความมั่นใจและกล้าที่จะปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชวนสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการชาย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ ทำให้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ภายหลังการทดลองแตกต่างกับก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากกลุ่มทดลองประเมินระดับการติดนิโคติน ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจนำมาเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย หากหยุดสูบบุหรี่ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์จากกิจกรรมที่ได้รับทำให้เกิดแรงกระตุ้นตนเองส่งผลต่อแรงจูงใจจากชั้นลั้งเลใจเปลี่ยนแปลงไปสู่ชั้นลงมือปฏิบัติทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหยุดสูบบุหรี่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังการทดลองและระยะการติดตามผลระดับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น⁽¹³⁾ ส่งผลต่อระดับการติดนิโคตินที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง

มีค่าระดับการติดนิโคตินลดลง ซึ่งลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากการติดนิโคตินขึ้นกับปริมาณและวิธีการที่ได้รับ ระดับความเข้มข้นในเลือดที่สูงมีโอกาสดูดได้มากกว่า เมื่อสูบบุหรี่นิโคตินเข้าสู่สมองได้เร็ว 10 - 20 วินาที ระดับสูงสุดในสมองใช้เวลา 3 - 5 นาที ระดับของนิโคตินในกระแสเลือดจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณนิโคตินที่ร่างกายได้รับ นิโคตินจะถูกขับออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น หากปัสสาวะมีความเป็นกรดสูง แต่จะลดลงหากปัสสาวะมีความเป็นด่างสูง⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่หรือลดจำนวนบุหรี่ลงจะทำให้ระดับการติดนิโคตินลดลง โดยกลุ่มทดลองมีการประเมินระดับการติดนิโคตินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ นำผลมาเชื่อมโยงเข้ากับภาวะสุขภาพ และสะท้อนผลทำให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รับรู้และตระหนักถึงผลกระทบเมื่อหยุดสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลาที่ยาวขึ้นส่งผลให้ระดับนิโคตินลดลงส่วนระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจลดลง ซึ่งลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ในควันบุหรี่เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะจับกับฮีโมโกลบินและไหลเวียนไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะอยู่ในร่างกายได้สูงสุด 24 ชั่วโมง หลังสูบบุหรี่มวนสุดท้ายและความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ที่สูดเข้าไป ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดังนั้นการหยุดสูบบุหรี่หรือมีการลดจำนวนลงเรื่อยๆ จะทำให้ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้กลับมาสูบซ้ำของทหารกองประจำการมีค่าเฉลี่ยระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจและความรุนแรงการติดนิโคตินกลุ่มทดลองลดลง⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมฯมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมเลิกบุหรี่ ขั้นตอนการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ ส่วนระดับการติดนิโคตินและระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจลดลง ผู้วิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับทหารใหม่นักเรียนตำรวจที่เข้าประจำการ หรือประยุกต์ใช้กับผู้บริหารอื่นๆ ได้ โดยมีการประเมินการติดนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ นำมาวางแผนการช่วยเหลือ เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ มีการช่วยเหลือและให้ทางเลือกการตัดสินใจ เช่น เข้ารับการบำบัดบุหรี่ต่อไป

2. ระยะการทดลอง การหยุดบุหรี่กะทันหันของผู้ติดบุหรี่ระดับสูง อาจทำให้มีอาการอยากสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยสามารถผสมผสานโปรแกรมฯ ร่วมกับการใช้ตัวช่วยลดการอยากสูบบุหรี่อื่นๆ เช่น ชาสมุนไพรดอกขาว หมากฝรั่ง มะนาว การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นต้น

3. ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาจทำให้แรงจูงใจลดลง ส่งผลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวเช่น 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บัญชาการมณฑลทหารบกที่ 23 ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงครอบครัวที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง.

1. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021; 397(10292): 2337–60.
2. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of Global Mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362(9387): 847–52.
3. Gajalakshmi CK, Jha P, Ranson K, Nguyen S. Global patterns of smoking and smoking-attributable mortality: tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000.
4. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2564.
5. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2562.
6. รณชัย คงสกนธ์. มุ่งมั่นตั้งใจเลิกบุหรี่ได้จริง. *วารสารก้าวหน้าวิจัยกับ ศจย.* 2564; 13 (2): 4–6.
7. Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction.* 2000; 95(7): 999–1013.
8. จารุวรรณ ไชยบุบผา, ภัทรพร เฮงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้รับบริการชาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา* 2561; 26(4): 10–20.
9. Rolnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23(4): 325–34.
10. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, Research & Practice* 1982; 19(3): 276–88.
11. สุกัญญา คำก้อน, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร, สุคนธา ศิริ. โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้กลับมาสูบซ้ำของทหารกองประจำการในค่ายหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาล* 2562; 69(1): 44–53.

12. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2551.
13. ภาสกร เนตทิพย์วัลย์, สุนีย์ ละกำป็น, สุรินทร์ กลัมพากร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงสำหรับข้าราชการตำรวจ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 9(1): 82-93.
14. พยอม สุขเอนกนันท์ โอล์สัน. การเสพติดนิโคติน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=928.

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส เขตสุขภาพที่ 5

Evaluation of Silicosis Surveillance System in Health Region 5

สงกรานต์ ตีรณ วท.ม. (สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย) Songkran Deeruen M.Sc. (Industrial Hygiene and Safety)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 5 Ratchaburi

Received: October 11, 2023

Revised: March 5, 2024

Accepted: May 17, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสของเขตสุขภาพที่ 5 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิในปี พ.ศ. 2565 ของเขตสุขภาพที่ 5 จากแหล่งข้อมูลในจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร และเพชรบุรี คือข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม (รหัส ICD-10) และโปรแกรมตรวจสอบข่าวสารการระบาด กรมควบคุมโรค โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD - 10 ที่กำหนด และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส

จากการทบทวนและสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัส ICD - 10 J62, J63, J64, J65, J40, J41, J42, J43, J44 และ J47 จำนวน 777 ราย พบการรายงานผู้ป่วยจำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามที่กำหนดจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 0.77) มีความไวของการรายงานร้อยละ 100.00 และค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 40.00 ด้านคุณภาพของข้อมูลพบมีการบันทึกข้อมูลเพศ อายุ ร้อยละ 100.00 มีการบันทึกข้อมูลอาชีพที่ระบุถึงการสัมผัสฝุ่นหินร้อยละ 46.66 และมีการบันทึกข้อมูลอาชีพแต่ไม่ระบุถึงการสัมผัสฝุ่นหินร้อยละ 53.33 โดยระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสได้รับการยอมรับมีความยืดหยุ่น มีความมั่นคงและสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้

จากผลการศึกษาดังกล่าว เสนอแนะให้หน่วยงานส่วนกลางมีการพัฒนาระบบโปรแกรมหรือรูปแบบการบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลให้มีการบันทึกถึงลักษณะการทำงานหรือสิ่งคุกคาม และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพ การรายงานโรค การวินิจฉัยและการส่งต่อ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: การประเมินระบบเฝ้าระวัง โรคซิลิโคสิส ฝุ่นหิน

Abstract

This study of the assessment on the Silicosis surveillance system of Health Region 5 was a cross – sectional study. The objective is to study the quantitative and qualitative characteristics of the surveillance system of Health Region 5. Data used are the secondary data in 2022 B.E. of Health Region 5 as the 43-health folder and Event Base Surveillance Department of Disease Control that is an ICD - 10 codes form Suphan Buri, Nakhon Pathom, Samut Sakhon and Phetchaburi province were collected by reviewing medical records of patients diagnosed according to specified ICD-10 codes and interviewing responsible persons and those involved in the silicosis surveillance system.

The results of data searching by medical records according to specified ICD-10 codes including J62, J63, J64, J65, J40, J41, J42, J43, J44 and J47 codes of 777 cases found 15 cases that were reported. The 6 cases (0.77%) of 15 cases have the criteria according to the specified definition. The results of the quantitative showed that the sensitivity was 100.00% and the positive predictive value was 40.00%. The data quality shows that gender and age data were recorded was 100.00%, recorded occupational data indicating exposure to silica dust was 46.66%, and recorded occupational data but not indicating exposure to silica dust was 53.33%. The results of the qualitative show the silicosis surveillance system has been accepted, flexible, stable, and the information can be used for benefit.

Therefore, it is recommended that the central department involved surveillance of Silicosis develop a program system or data recording format for the hospital to record features or hazards of work. In addition, the related department in the area should jointly develop guidelines for surveillance, disease reporting, diagnosis, and transfer that are appropriate to the area.

Keywords: Evaluation of surveillance system, Silicosis, Silica dust

บทนำ

โรคซิลิโคสิส หรือโรคจากฝุ่นซิลิกา เป็นโรคปอดเรื้อรังที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นที่มี Free crystalline silica เข้าไปเป็นเวลานาน จนเกิดพยาธิสภาพที่ปอด ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด อีกทั้งซิลิกายังถูกจัดเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ 1 ยืนยันว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ กลุ่มอาชีพที่เสี่ยงต่อการสัมผัสฝุ่นซิลิกา เช่น คนงานเหมืองแร่ ช่างทำพื้นหินขัด ช่างก่ออิฐ ช่างปูแผ่นหิน และช่างเจียรไนแก้ว เป็นต้น ในขณะที่ประเภทอุตสาหกรรมที่มีการใช้หรือเกี่ยวข้องกับฝุ่นซิลิกา เช่น การทำเหมืองหินที่ใช้ในการก่อสร้าง การผลิตแก้วหรือกระจก การผลิตผลิตภัณฑ์ขัดถู เป็นต้น^(1,2) โดยจากรายงานสถานการณ์โรคซิลิโคสิสของประเทศไทย ปี 2563–2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 0.42, 0.38 และ 0.51 ตามลำดับ โดยเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 0.54, 0.44 และ 0.43 ตามลำดับ ซึ่งพบจังหวัดที่มีการวินิจฉัยโรคซิลิโคสิส จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร และเพชรบุรี โดยจังหวัดสุพรรณบุรี พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 0.16, 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ จังหวัดนครปฐม

พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 1.41, 0.76 และ 0.63 ตามลำดับ และจังหวัดสมุทรสาคร 2.28, 1.92 และ 1.90 ตามลำดับ⁽³⁾ โดยจังหวัดเพชรบุรีในปี พ.ศ. 2565 พบการรายงานผู้ป่วยผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event Base Surveillance: EBS) กรมควบคุมโรค จำนวน 1 เหตุการณ์ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาประเภทอุตสาหกรรมที่มีการใช้หรือเกี่ยวข้องกับฝุ่นซิลิกาของเขตสุขภาพที่ 5 มีจำนวนทั้งหมด 1,389 แห่ง พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองมาเป็นจังหวัดนครปฐม และราชบุรี จำนวน 321, 310 และ 245 แห่ง ตามลำดับ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ได้มีการประกาศในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. 2563 ให้โรคซิลิโคสิสเป็นโรคจากการประกอบอาชีพ^(5,6) ที่ต้องมีการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสเพื่อสนับสนุนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสของเขตสุขภาพที่ 5 โดยระบบเฝ้าระวังโรคที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เกิดความรวดเร็วในการตรวจจับจากการรายงานโรค ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค หรือความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพได้อย่างทันทั่วทั้ง รวมทั้งสอดคล้องกับการดำเนินงานตามข้อกำหนดของ

พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส ได้แก่ ความไวหรือความครอบคลุมของการรายงาน (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) และคุณภาพของข้อมูล (Data quality)
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) และความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability)

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ (Quantitative study) และคุณลักษณะเชิงคุณภาพ (Qualitative study)⁽⁷⁾ ดังนี้

1. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลที่มีการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD10 ได้แก่ J62 Pneumoconiosis due to dust containing silica, J63 Pneumoconiosis due to other inorganic dusts, J64 Unspecified pneumoconiosis, J65 Pneumoconiosis associated with tuberculosis, J40 Bronchitis, J41 Simple and mucopurulent chronic bronchitis, J42 Unspecified chronic bronchitis, J43 Emphysema, J44 Other chronic obstructive pulmonary disease และ J47 Bronchiectasis

1.1 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป้าหมาย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม

- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยเป็นผู้ป่วยที่ตรงตามนิยามในการเฝ้าระวังโรคของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีประวัติทำงานสัมผัสฝุ่นซิลิกาทางระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับพบภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์กรณีที่ 1 (ผู้ป่วยสงสัย) ร่วมกับผลภาพรังสีทรวงอกและการอ่านผลตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) โดยอ้างอิงตามมาตรฐานของ ILO International Classification of Radiographs of Pneumoconiosis ตั้งแต่ revised edition 2000 เป็นต้นไป มีความผิดปกติตั้งแต่ระดับ Profusion 1/0 ขึ้นไป ที่อ่านโดยแพทย์ที่มีใบประกาศ/รับรอง B Reader หรือ Asian Intensive Reader of Pneumoconiosis (Air Pneumo) และได้ทำการวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุอื่นๆ นอกจากการทำงานออกไปแล้ว

1.2 ตัวแปรที่ศึกษา⁽⁷⁾

1) ความไวหรือความครอบคลุมของการรายงาน (Sensitivity) คำนวณได้จาก

$$\text{Sensitivity} = \left(\frac{A}{A+C} \right) \times 100$$

2) ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value: PPV) คำนวณได้จาก

$$\text{PPV} = \left(\frac{A}{A+B} \right) \times 100$$

โดย

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานโรคตามรหัส ICD10 ที่ศึกษา และเข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วย

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรายงานโรคตามรหัส ICD10 ที่ศึกษา แต่ไม่เข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วย

C = จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรายงานโรคตามรหัส ICD10 ที่ศึกษา แต่เข้าเกณฑ์ตามนิยามผู้ป่วย

3) คุณภาพของข้อมูล (Data quality) ได้แก่

3.1 ความครบถ้วน (Completeness) ได้จากการนับจำนวนข้อมูลการรายงานโรคที่มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ

3.2 ความถูกต้อง (Accuracy) ได้จากการเปรียบเทียบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลตัวแปรเพศ อายุ และอาชีพ โดยเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลผู้ป่วยตามการรายงานโรค กับข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในเวชระเบียน จากนั้นทำการวัดค่าสัดส่วนของการรายงานที่มีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตรงตามตัวแปร เปรียบเทียบกับจำนวนรายงานทั้งหมด

2. การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลเป้าหมาย โดยเป็นผู้บริหารและปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

2.1 ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน ได้แก่ ผู้บริหาร (ผอ.รพ./รองผอ./รอง.นพ.สจ.) ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานเวชสถิติ และผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

2.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) การยอมรับในระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) ความง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) และความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)⁽⁸⁾ ด้วยการถอดบทสัมภาษณ์และจับประเด็น

ผลการศึกษา

1. การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส

ความไวหรือความครอบคลุมของการรายงาน และค่าพยากรณ์บวก จากการทบทวนและสืบค้น เวชระเบียนผู้ป่วย ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนด พบเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด 777 เวชระเบียน พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามที่กำหนดจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 0.77) โดยพบที่ผู้ป่วยรหัสโรคหลัก J62 Pneumoconiosis due to dust containing silica จำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามที่กำหนดจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 40.00) เมื่อสืบค้นประวัติผู้ป่วยกลุ่มโรครหัสใกล้เคียง พบผู้ป่วยรหัส J63 - J65, J40 - J44 และ J47 จำนวน 762 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ตามนิยามที่กำหนด ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่สืบค้นจำแนกตามรหัสโรคและนิยามการเฝ้าระวัง

รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนผู้ป่วยที่พบ (ราย)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้านิยาม (ราย)	ร้อยละ
J62	Pneumoconiosis due to dust containing silica	15	6	40
J63	Pneumoconiosis due to other inorganic dusts	1	0	0
J64	Unspecified pneumoconiosis	4	0	0
J65	Pneumoconiosis associated with tuberculosis	6	0	0
J40	Bronchitis	142	0	0
J41	Simple and mucopurulent chronic bronchitis	8	0	0
J42	Unspecified chronic bronchitis	15	0	0
J43	Emphysema	11	0	0
J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	465	0	0
J47	Bronchiectasis	110	0	0
รวม		777	6	0.77

เมื่อพิจารณาความไวของระบบจากจำนวนผู้ป่วยที่
เข้าเียนามและมีการรายงานเข้าระบบเฝ้าระวัง จำนวน

6 ราย คิดเป็นความไวเท่ากับร้อยละ 100.00 และ
ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 40.00 ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความไวหรือความครอบคลุมของการรายงาน (Sensitivity) ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value: PPV) โรคซึลิลโคสิส

การรายงานตามรหัสโรค	การเข้าเกณฑ์ตามนิยาม		รวม	Sensitivity (%)	PPV (%)
	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์			
รายงาน	6	9	15	100.00	40.00
ไม่รายงาน	0	762	762		
รวม	6	771	777		

คุณภาพของข้อมูล จากการทบทวนเวชระเบียน
ผู้ป่วย พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยที่มีการรายงานตามรหัสโรค
15 ราย พบร้อยละ 100.00 มีการบันทึกข้อมูล เพศ อายุ
ในระบบรายงานโรค ในขณะที่ร้อยละ 46.67 (7 ราย)
พบมีการบันทึกข้อมูลอาชีพที่ระบุประวัติการสัมผัส
ฝุ่นหินซิลิกา และร้อยละ 53.33 (8 ราย) มีการบันทึก
ข้อมูลอาชีพ แต่ไม่ระบุถึงประวัติการสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา
โดยในกลุ่มที่มีการระบุประวัติการสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา
จำนวน 7 ราย สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม
ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยกลุ่มโรคระบบ
ทางเดินหายใจ (ผู้ป่วยลำดับที่ 1 – 2) ปัจจุบันไม่ได้
ทำงานสัมผัสฝุ่นซิลิกาแล้ว มาด้วยอาการเหนื่อย
มีการซักประวัติการสัมผัสฝุ่นซิลิกาเพิ่มเติมและมี

การบันทึกประวัติดังกล่าวที่ Progress note และ OPD Card
โดยแพทย์ผู้รักษา และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจ
สุขภาพประจำปี (ผู้ป่วยลำดับที่ 3 – 7) เป็นพนักงาน
โรงงานประเภทเหมืองแร่เหมืองหินแห่งหนึ่ง ปัจจุบันยัง
ทำงานสัมผัสฝุ่นซิลิกาอยู่ พบไม่มีอาการผิดปกติจำนวน
3 ราย มีอาการเหนื่อยง่าย จำนวน 2 ราย ไม่พบการบันทึก
ประวัติการสัมผัสที่ Progress note หรือ OPD Card แต่พบ
การจัดทะเบียนกลุ่มเสี่ยงตามการให้บริการตรวจตาม
ปัจจัยเสี่ยงของโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ไม่ระบุประวัติการ
สัมผัสฝุ่นซิลิกาจำนวน 8 ราย (ผู้ป่วยลำดับที่ 8 – 15)
พบมีการระบุอาชีพรับจ้างจำนวน 6 ราย อาชีพค้าขาย
1 ราย และไม่ระบุอาชีพจำนวน 1 ราย ตามลำดับ
ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การบันทึกประวัติการทำงานสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา จำแนกรายบุคคล

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	อาชีพ	ประวัติการทำงานสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา	การบันทึกข้อมูล
1	หญิง	68	รับจ้าง	- ทำงานชุดแร่เมื่อ 12 ปีก่อน	- Progress note ของแพทย์
2	ชาย	67	ไม่ได้ทำงาน	- เคยทำงานตัดกระเบื้อง ผสมปูน ไม่ระบุปีที่สัมผัส	- OPD Card จากผลการ ซักประวัติของแพทย์
3	ชาย	51	รับจ้าง	- ทำงานโรงงานประเภทเหมืองแร่ เหมืองหิน แห่งหนึ่ง	- ทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง ของโรงพยาบาล
4	หญิง	58	รับจ้าง	- ไม่พบข้อมูลปีที่สัมผัส	

ตารางที่ 3 การบันทึกประวัติการทำงานสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา จำแนกรายบุคคล (ต่อ)

ลำดับ	เพศ	อายุ (ปี)	อาชีพ	ประวัติการทำงานสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา	การบันทึกข้อมูล
5	ชาย	57	รับจ้าง	- ทำงานโรงงานประเภทเหมืองแร่	- ทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ
6	ชาย	54	รับจ้าง	เหมืองหินแห่งหนึ่ง	สุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง
7	หญิง	59	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูลปีที่สัมผัส	ของโรงพยาบาล
8	ชาย	28	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
9	ชาย	62	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
10	ชาย	63	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
11	ชาย	61	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
12	ชาย	63	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
13	ชาย	65	ไม่ระบุ	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
14	ชาย	64	รับจ้าง	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล
15	ชาย	61	ค้าขาย	ไม่พบข้อมูล	ไม่พบข้อมูล

2. การศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสทั้งหมด 37 คน ประกอบด้วยผู้บริหาร (ผอ.รพ./รองผอ. /รอง.นพ.สสจ.) จำนวน 11 คน ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจำนวน 11 คน ผู้รับผิดชอบงานเวชสถิติจำนวน 7 คน และผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีสารสนเทศจำนวน 8 คน โดยมีผลของการสัมภาษณ์ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

2.1 ความง่ายของระบบเฝ้าระวังสุขภาพ (Simplicity) มีขั้นตอนการบันทึกข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ-พบแพทย์และหลังจากแพทย์วินิจฉัย-บันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC ที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน เนื่องจากเป็นระบบการรายงานโรคปกติที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่เนื่องจากเป็นโรคที่พบไม่บ่อย การบันทึกประวัติที่สำคัญหรือเฉพาะเจาะจงอาจไม่ครบถ้วน เช่นเดียวกับขั้นตอนการวินิจฉัยของแพทย์เนื่องด้วยเป็นโรคที่พบไม่บ่อย และด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลบางแห่งทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ หรือส่งผลต่อความยากในการวินิจฉัย จากปัญหาดังกล่าวจึงมีข้อเสนอแนะจาก

ผู้บริหารของโรงพยาบาล กล่าวคือ “เนื่องจากเป็นโรคที่พบไม่บ่อย แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยพบผู้ป่วยหรือมีประสบการณ์อาจย้ายหรือเกษียณอายุแล้ว จึงควรมีการกำหนดแนวทาง Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ชัดเจน เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำ CPG ดังกล่าวมาปฏิบัติได้ พิจารณาการให้ทุนศึกษาต่อเฉพาะทางกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ได้แก่คอมพิวเตอร์ที่ทำให้สะดวกและง่ายในการเข้าถึงระบบเฝ้าระวัง แต่พบข้อจำกัดเกี่ยวกับคุณสมบัติของคอมพิวเตอร์ที่อาจไม่รองรับข้อมูลขนาดใหญ่หรือระบบที่มีการอัปเดตอยู่เสมอ ทำให้ใช้เวลานานในการเข้าถึงข้อมูล

2.2 ความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง (Acceptability) พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีความตระหนักและให้ความสำคัญกับระบบเฝ้าระวังโรค รวมทั้งให้ความสำคัญกับปัญหาในพื้นที่ถึงแม้ว่าปัญหานั้นไม่ได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดของพื้นที่ แต่เนื่องจากความยากในการวินิจฉัยโรค และพบการรายงานโรคที่ไม่บ่อย อาจส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขไม่นึกถึงกลุ่มโรคนี้เมื่อพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามนิยาม

2.3 ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) พบว่า โรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร จำเป็นต้องเพิ่มบุคลากรในระบบเฝ้าระวัง ขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังพบมีการรายงานผู้ป่วยจำนวนน้อย จำนวนบุคลากรในปัจจุบันจึงยังเพียงพอต่อการเฝ้าระวัง กรณีมีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมระบบเฝ้าระวัง สามารถปรับเปลี่ยนได้ ด้านงบประมาณพบมีข้อจำกัดในบางแห่ง โดยโรงพยาบาลบางแห่งสามารถใช้เงินงบประมาณจากโครงการคลินิกโรค บางแห่งใช้เงินงบประมาณของโรงพยาบาลซึ่งผู้รับผิดชอบงานต้องมีการจัดทำโครงการเพื่อเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุน

2.4 ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability) ผู้บริหารทุกโรงพยาบาลทุกระดับ และผู้บริหารในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความสำคัญต่อระบบเฝ้าระวังสุขภาพ โรงพยาบาลมีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับระบบข้อมูล 2 - 6 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผู้รับผิดชอบงาน 1 - 2 คน โดยสามารถทำหน้าที่แทนกันได้ และมีระบบสำรองข้อมูล

2.5 การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังมาใช้ประโยชน์ในการจัดทำรายงานสถานการณ์โรค เพื่อดูแนวโน้มการเกิดโรค รวมทั้งการจัดทำโครงการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือมาตรการเพื่อป้องกันและจัดการความเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ

สรุปและวิจารณ์ผล

ความไวหรือความครอบคลุมในการรายงานโรคซิลิโคสิสร้อยละ 100.00 พบการบันทึกข้อมูลลักษณะการประกอบอาชีพที่ระบุถึงโอกาสในการสัมผัสฝุ่นซิลิกา รวมทั้งพบมีฟิล์มเอกซเรย์ปอดที่ผิดปกติ โดยโรคซิลิโคสิสเป็นโรคที่เกิดจากการหายใจนำฝุ่นซิลิกาเข้าไปสะสมในปอดจนทำปฏิกิริยากับเนื้อปอด กระตุ้นให้เกิดการอักเสบ การตาย และการเกิดพังผืดของเนื้อเยื่อปอด⁽¹⁾ จนนำไปสู่การพบความผิดปกติของฟิล์มเอกซเรย์ปอด และการวินิจฉัยโดยการอ่านผลฟิล์มตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) International classification of

radiographs of pneumoconiosis ที่อ่านโดยแพทย์มีใบประกาศหรือ รับรอง B Reader หรือ Asian Intensive Reader of Pneumoconiosis (Air Pneumo)⁽²⁾ ดังนั้นประวัติการสัมผัสฝุ่นซิลิกาจากการทำงาน จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคโดยผู้ป่วยตามนิยามผู้ป่วยยืนยัน จำเป็นต้องมีประวัติการสัมผัส และผลการอ่านฟิล์มโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยจากการศึกษาพบผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามผู้ป่วยยืนยันจำนวน 6 ราย มีการซักประวัติและบันทึกผลการซักประวัติการทำงานที่มีโอกาสในการสัมผัสฝุ่นซิลิกา ได้แก่ การประกอบอาชีพเกี่ยวกับเหมืองแร่ และก่อสร้าง (ตัดกระเบื้อง ผสมปูน) ซึ่งประวัติการทำงานดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มอาชีพที่มีการสัมผัสฝุ่นซิลิกาในปริมาณสูง ได้แก่ อุตสาหกรรมเหมืองแร่ เหมืองหิน ก่อสร้าง และการหล่อโลหะจากนิยามผู้ป่วยยืนยันและความครอบคลุมในการรายงาน^(9,10) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีการกล่าวถึงการกำหนด CPG ที่ชัดเจน กรณีที่พบประวัติที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามควรมีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อวินิจฉัยโดยการอ่านผลฟิล์มตามเกณฑ์มาตรฐาน ILO⁽²⁾ ซึ่งจากข้อเสนอแนะดังกล่าว จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังที่สามารถให้ข้อมูลเฝ้าระวังที่มีคุณภาพได้ตลอดเวลาที่ต้องการถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่พบไม่บ่อย

คำพยากรณ์บวกในการรายงานโรคร้อยละ 40 สอดคล้องกับผลการทบทวนเวชระเบียน เนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพ หรือการสัมผัสสิ่งคุกคามในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ เป็นข้อมูลสำคัญในการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม แต่จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าการระบุอาชีพตามระบบรายงานโรคเป็นการระบุตามกลุ่มอาชีพที่ถูกกำหนดขึ้นในระบบเช่น อาชีพรับจ้าง ซึ่งไม่สามารถระบุถึงลักษณะของการทำงาน หรือประวัติการสัมผัสฝุ่นหินซิลิกา โดยจากการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคฯ ในครั้งนี้พบการระบุลักษณะการประกอบอาชีพหรือประวัติการสัมผัสฝุ่นหินซิลิกาจากการบันทึก progress note หรือ OPD Card ของแพทย์ซึ่งผลการบันทึกดังกล่าวของแพทย์จะไม่ปรากฏอยู่ในระบบรายงานหรือ

โปรแกรม HOSxP, JHCIS ของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ (Missed Diagnosis) เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบข้อมูลสิ่งคุกคาม หรือปัจจัยเสี่ยงการรับสัมผัสในสถานที่ทำงาน รวมทั้งระยะเวลาในการแสดงอาการที่รุนแรงหรือจำเพาะเพิ่มขึ้นต้องใช้ระยะเวลานาน^(11,12) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 74 มีอายุมากกว่า 50 ปี และร้อยละ 70.7 มีประวัติหลังจากระยะเวลาการสัมผัสมาแล้วมากกว่า 20 ปี⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับอายุของผู้ป่วยยืนยันของการศึกษาในครั้งนี้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีทุกราย

ดังนั้น การชักประวัติและการบันทึกผลการชักประวัติการสัมผัส รวมทั้งการกำหนดแนวทาง กระบวนการที่ชัดเจนสำหรับการวินิจฉัยโรค จึงมีความสำคัญต่อระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส โดยเฉพาะการบันทึกผลการชักประวัติการสัมผัสที่จะสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบข้อมูลสิ่งคุกคาม หรือปัจจัยเสี่ยงการรับสัมผัสในสถานที่ทำงาน ลดโอกาสการ Missed Diagnosis และเพิ่มการพยากรณ์บวกในการรายงานโรค

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบการรายงานโรคของหน่วยบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนา ระบบโปรแกรมหรือรูปแบบการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานโรคของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน มหาวิทยาลัย โดยให้มีการบันทึกถึงลักษณะการประกอบอาชีพหรือสิ่งคุกคามจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

2. หน่วยงานส่วนกลางจัดให้มีการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค และการรักษาผู้ป่วยโรคซิลิโคสิส พร้อมทั้งมีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และสนับสนุนผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้รับทราบแนวทางดังกล่าว

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อนำข้อจำกัด หรือปัญหาที่พบมาทบทวนและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ร่วมกันจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส รวมทั้งแนวทางการรายงานโรค การวินิจฉัย และการส่งต่อที่ชัดเจนของพื้นที่รับผิดชอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิส รวมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี เจ้าหน้าที่กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานแนวทางป้องกันควบคุมโรคปอดและฝุ่นหิน. แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis). มปม: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. โรคจากการประกอบอาชีพ: โรคจากฝุ่นซิลิกา. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีตีโซน; 2566.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC). กลุ่มรายงานมาตรฐาน: โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
4. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. ข้อมูลโรงงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 65]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.diw.go.th/webdiw/s-data-fac/>.
5. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

- [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/8420191010020910.PDF>.
6. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/0.pdf>.
 7. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, บรรณาธิการ. พื้นฐานระบาดวิทยา (Basics of Epidemiology). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; 2559.
 8. เอื้อมพร หลินเจริญ. การวิเคราะห์และนำเสนอผลงานวิจัยคุณภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.พ. 67]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.edu.tsu.ac.th/major/eva/files/journal/DataAnalysis.pdf>.
 9. Nowak-Pasternak J, Swiatkowska B, Lipinska-Ojrzanowska A. Concept of health surveillance programmed for workers exposed to respirable crystalline silica at present and in the past. *Med Pr* 2023; 74(4): 341 – 6.
 10. Schleiff PL, Mazurek JM, Reilly MJ, Rosenman KD, Yoder MB, Lumia ME, et al. Surveillance for silicosis – Michigan and New Jersey, 2003 – 2011. *MMWR* 2016; 63(55): 73 – 8.
 11. Moreno – Torres LA, Ventura – Alfaro CE. Underreporting trends of occupational illnesses in Mexico. *J Occup Health* 2018; 60(1): 85 – 8.
 12. J. Nowak – Pasternak, A. Lipinska – Ojrzanowska and B. Swiatkowska. Epidemiology of silicosis reported to the central register of occupational diseases over last 20 years in Poland. *Int J Occup Med Environ Health* 2022; 35(5): 561 – 70.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Effects of model for promoting health literacy in the High Blood Pressure Suspected Cases, Kalasin Province

อภิชัย ลิมานนท์ พ.บ. *

สม นาสอาน ประ.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)**

ทิพาพร ราชาไกร ประ.ด. (วิจัยและพัฒนาหลักสูตร)**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Apichai Limanond M.D. *

Som Nasaarn Ph.D. (Education Environment)**

Tipaphon Rachagrai Ph.D. (Curriculum Research and Development)**

*Khon Kaen Provincial Health Office

**Kalasin Provincial Health Office

Received: November 27, 2023

Revised: May 27, 2024

Accepted: May 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32 คน จากการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ดำเนินการระหว่าง มกราคม ถึง มิถุนายน 2566 โดยประยุกต์แนวคิดของ Nutbeam และ Mezirow จัดเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 10 กระบวนการ 7 กิจกรรม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบสอบถาม แบบประเมิน ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว และความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired Sample T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean difference: 11.93; 95%CI: 9.48–14.37) ความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean difference: 42.44; 95%CI: 35.27–49.62) ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาวะสุขภาพทางกาย น้ำหนักตัว ระดับดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน และตัวล่าง น้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และภาวะสุขภาพทางกายที่ดีขึ้นเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was Experimental research. The study aimed to investigate an effectiveness for promoting health literacy in the High Blood Pressure Suspected Cases, Kalasin Province. Sample 32 high blood pressure Suspected Cases from the effect size calculation performed between January – June 2023 by applying Nutbeam and Mezirow's concept. Organized as a promotion program Patient-centered health literacy 10 processes 7 activities. Data collection quality with in-depth interviews, group chat. Quantitative data were obtained by personal records, questionnaires, assessment forms, weight, height, waist circumference and blood pressure measurements. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired Sample T-Test was compared with the significance level at 0.05.

The results showed that after testing the health literacy level of high blood pressure suspected cases had an average health literacy score. Higher than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level (Mean difference 11.93, 95%CI 9.48–14.37, p-value<0.001). There was a statistical significance at the 0.05 level, with knowledge increasing after the experiment (Mean difference 42.44: 95%CI: 35.27–49.62, p-value <0.001). The average was higher than before the experiment. Way significantly Statistics at the 0.05 level included physical health status, body weight, body mass index, waist circumference, systolic blood pressure and diastolic blood pressure. Decreased than before the experiment statistically significant at the 0.05 level. Therefore, it can be concluded that this developed health literacy promotion model in the High Blood Pressure Suspected Cases groups was suitable for the local context. Enhances productivity in change behavior and improved physical health to prevent or slow down the onset of high blood pressure.

Keywords: Promoting health literacy, High blood pressure suspected cases

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลกประมาณหนึ่งพันล้านคนได้รับผลกระทบ คาดว่ามีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2025⁽¹⁾ เป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสีย ปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.71 เป็น ความกังวลเรื่องสุขภาพระดับโลกในประเทศพัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา ความเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาในโรงพยาบาลการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต⁽²⁾ ด้วยเหตุนี้ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหา เรื่องความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลกที่ ประกาศเป้าหมายในการต่อสู้ปัญหาโรคเรื้อรังผ่าน NCD 9 global targets ซึ่งต้องการลดความชุกของการ

มีภาวะความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 25.0 สำหรับ ประเทศไทย พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต สูงต่อประชากรแสนคน ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา (2556– 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 เป็น 14,926.47 สำหรับ อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ ต่อประชากรแสนคนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2558–2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 เป็น 1,353.01 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสถานการณ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน⁽⁴⁾ โดยพบความชุกเพิ่มขึ้น จาก 4,415.14 เป็น 5,690.79 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 ถึง 2562 สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ รูปแบบการดำเนินชีวิตไม่สมดุลระหว่าง การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารมาก

เกินพอดีไม่ถูกสัดส่วน อาหารรสเค็มหรือโซเดียมสูงจากเครื่องปรุงรสอาหารหวานและมันสูงรับประทานผักผลไม้เคี้ยวเป็นประจํา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สรุปคือยังขาดความรู้ด้านสุขภาพที่แท้จริง⁽⁵⁾ ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีการดำเนินการ ในด้านการภายใต้ข้อมูลข่าวสาร การผลักดันในเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและความร่วมมือของเครือข่ายบริการ ภาครัฐและเอกชน อันมีส่วนที่จะร่วมสร้างความตระหนักการสร้างความรู้ด้านสุขภาพทุกระดับ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญา และสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน⁽⁶⁾ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าประสงค์ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) และการเป็นคนไทยที่อุดมปัญญา (Smart Thai Citizens) คือ คนไทยทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสภาพัฒน์ได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽⁷⁾ องค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ ได้เสนอแนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam⁽⁹⁾ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Mezirow⁽¹⁰⁾ เป็นแนวคิดที่พัฒนาการเรียนรู้ในผู้ใหญ่

ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำไปประยุกต์และขยายผลให้กับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของคนไทยและในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการเชิงทดลอง (Experimental Research) ดำเนินการในพื้นที่ ตำบลโนนศิลาเลิง อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดกาฬสินธุ์โดยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁹⁾ 6 องค์ประกอบ สำหรับวัดความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกระบวนการของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Mezirow⁽¹⁰⁾ โดยมีขั้นตอนวิจัยคือ 1) พัฒนาโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้เรียน 2) กิจกรรมครั้งที่ 1 จัดกระบวนการเรียนรู้ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 วัน สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว การวัดความดันโลหิต บันทึกภาพถ่ายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง การเรียนรู้ปฏิบัติจริง 5 ฐาน เนื้อหาตามความต้องการที่กำหนดในโปรแกรมการเรียนรู้การแสวงหาความรู้ข้อมูล ความรู้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น Line, Facebook, YouTube, Google search และสื่อสาธารณะ ทีวี วิทยุ โฆษณาต่าง ๆ 3) กิจกรรมครั้งที่ 2 - 6 ติดตามประเมินผล เยี่ยมบ้าน การสุ่มเยี่ยมบ้านตรวจเครื่องปรุงอาหาร ประเมินค่าความเค็มอาหารที่เสี่ยงต่อรสเค็มของครัวเรือน และร่วมจัดทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เป็นการติดตามผล

และเรียนรู้รายกลุ่ม ประเมินภาวะสุขภาพ เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงแต่ละสัปดาห์ และ 4) กิจกรรมครั้งที่ 7 ประเมินผลและสรุปบทเรียน ดำเนินการระหว่างมกราคม ถึง มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดกาฬสินธุ์ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 6,525 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6,525 คน นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁽¹¹⁾ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen J.⁽¹²⁾ ที่ $\alpha=0.5$, Power= 0.8 ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 24 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 32 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน สุ่มเลือกอำเภอด้วยการสุ่มอย่างง่ายจาก 18 อำเภอ ได้อำเภอฆ้องชัย และสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลศิลาแลง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ยินยอมร่วมดำเนินการได้ตลอดโปรแกรม มีช่วงอายุระหว่าง 35 - 70 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลใช้ในการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยมีรายละเอียด คือ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตามโปรแกรมเป็นแบบสอบถามการปฏิบัติตามโปรแกรมแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของ Likert (Likert Scale) จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งคำถามด้านบวกและด้านลบ โดยมีระดับในการปฏิบัติ 5 ระดับ คือ (5) ปฏิบัติประจำ (4) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3) ปฏิบัติบางครั้ง (2) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ (1) ไม่เคยปฏิบัติ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงข้อเดียว มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹³⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา แบบประเมินพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.88 ทั้งฉบับ

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุศึกษา⁽¹⁴⁾ ตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam 6 องค์ประกอบ ทั้งหมดมี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1: ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มี 6 ข้อ เป็นคะแนน ตอบถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว คือ ตอบถูกให้คะแนน 1 ตอบผิดให้คะแนน 0 มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.98

ตอนที่ 2: การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มี 2 ข้อ การสื่อสารสุขภาพ 2 ข้อ การจัดการตนเอง 3 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อ 2 ข้อ เป็นแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคยให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

ตอนที่ 3: การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ เป็นปรนัย ขคง ให้เลือกที่ตรงกับที่ปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ มีคะแนนให้ตั้งแต่ 1 ถึง 4 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97

2.4 แบบประเมินความรู้การลดเค็ม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทดสอบ 3 ตัวเลือก คือ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample T-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสจริยธรรม KLS.REC50/2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และลงนามในใบยินยอม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.40 กลุ่มอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 59.38 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 87.50 และระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=32)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	15.62
	หญิง	27	84.38
อายุ (ปี)	40-50	5	15.62
	51-60	19	59.38
	61 ขึ้นไป	8	25.00
สถานภาพสมรส			
โสด		2	6.25
	สมรส/คู่	28	87.50
	หม้าย	2	6.25
การศึกษา			
ประถม		20	62.50
	มัธยม	10	31.25
	สูงกว่ามัธยม	2	6.25

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดกาฬสินธุ์

ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการ

เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนสูงขึ้น 11.93 คะแนน (95%CI: 9.48–14.37) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินการ	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนดำเนินการ	76.54	9.96	11.93	9.48–14.37	<0.001
หลังดำเนินการ	88.47	4.48			

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

$p\text{-value} < 0.001$ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าคะแนนสูงขึ้น 42.44 (95%CI: 35.27–49.62) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินการ	Mean	S.D.	Mean difference	95%CI	p-value
ก่อนดำเนินการ	53.90	19.04	42.45	35.27–49.62	<0.001
หลังดำเนินการ	96.35	6.32			

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการรับประทานน้ำพืชผักสมุนไพรปรับสมดุล

ด้านการรับประทานอาหารปรับสมดุล ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ธรรมชาติบำบัดและสมุนไพร ด้านการรู้เพียรรู้พักให้พอดี และภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม $p\text{-value} < 0.001$ ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ด้านการรับประทานน้ำพืชผักสมุนไพร	2.65	1.18	3.87	0.87	1.22	0.68-1.75	<0.001
2. ด้านการรับประทานอาหารปรับสมดุล	3.03	0.77	4.17	0.65	1.14	0.45-1.86	<0.001
3. ด้านการออกกำลังกาย	3.80	0.85	4.61	0.44	0.81	0.51-1.11	<0.001
4. ด้านการใช้ธรรมชาติบำบัด ขณะลดความดันโลหิต	3.28	0.73	4.17	0.53	0.89	0.62-1.15	<0.001
5. ด้านการรู้เพียรรู้พักให้พอดี	3.42	0.84	4.48	0.48	1.06	0.79-1.31	<0.001
ภาพรวม	3.24	0.68	3.48	0.57	0.24	0.35-0.13	<0.001

4. ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังร่วมกิจกรรมมีค่าลดลงดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95%CI	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.			
น้ำหนัก (Kg.)	62.30	10.35	61.75	10.13	ลดลง 0.55	0.14-0.98	0.010
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)	26.45	4.23	26.05	4.13	ลดลง 0.40	0.12-0.69	0.005
รอบเอว (เซนติเมตร)	87.12	10.00	84.93	10.27	ลดลง 2.19	1.63-2.80	<0.001
ความดันโลหิตตัวบน (ม.ม.ปรอท)	140.54	14.68	128.66	15.30	ลดลง 11.88	7.25-15.80	<0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง (ม.ม.ปรอท)	87.84	10.69	77.42	10.61	ลดลง 10.42	1.54-7.52	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มสงสัยป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะสุขภาพทางกาย น้ำหนักตัว ระดับดัชนีมวลกาย รอบเอว

ระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ภาวะสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น เพื่อป้องกันหรือชะลอ การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ เนื่องการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นเครื่องมือที่สะท้อน ถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของ ประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า การเจ็บป่วย อาการและความรุนแรงของโรคลดลงตาม แนวคิดของ Nutbeam⁽⁹⁾ โดยใส่โปรแกรมกระบวนการ เรียนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางตามแนวคิด กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Mezirow⁽¹⁰⁾ โดยมี 10 ขั้นตอน ขั้นตอนการเรียนรู้คือ 1) การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิม ของตน 2) การตรวจสอบอารมณ์ ความรู้สึกของตน 3) การประเมินสมมุติฐานในมุมมองของตนอย่างจริงจัง 4) การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงแลกเปลี่ยนกับ ผู้อื่น 5) การสำรวจ ค้นหาทางเลือกในการกระทำใหม่ 6) การวางแผนกระทำใหม่ 7) การหาความรู้และทักษะ ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามแผน 8) การเริ่มทดลอง ทำตามบทบาทใหม่ 9) การสร้างความสามารถ ความมั่นใจ ในบทบาท การกระทำ และสัมพันธ์ใหม่หลังจากนั้นให้ เว้นระยะห่าง 1 เดือนจึงให้ปฏิบัติด้วยตนเองจึงเข้าสู่ กระบวนการเรียนรู้ขั้นที่ 10 คือการบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิต ใหม่ของตน การจัดการกระบวนการเรียนรู้ได้เน้นการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ตามกิจกรรมหลักโดยกิจกรรมครั้งแรก เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เป็นการจัดการกระบวนการเรียนรู้ในขั้นที่ 1-9 จำนวน 3 วัน สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว

การวัดความดันโลหิต บันทึกภาพถ่ายก่อนเข้าร่วม กิจกรรมด้วยตนเอง การเรียนรู้ปฏิบัติจริงแบ่งฐาน การเรียนรู้ โดยบรรยายและปฏิบัติตามฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน ตามข้อมูลที่ได้จากเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื้อหา ตามความต้องการที่กำหนดในโปรแกรมการเรียนรู้ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการรับประทานอาหารการเลือกชนิดเมนูอาหาร การฝึกปฏิบัติประกอบทำอาหารเมนูเพื่อสุขภาพ 2) ด้านพืชผักสมุนไพรที่สมดุลง ชนิตพืชผักสมุนไพร ที่มีตามท้องถิ่น ตามตลาด การฝึกปฏิบัติวิธีการการทำ น้ำดื่มจากพืชผักสมุนไพร 3) ด้านการออกกำลังกาย เป็นการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความชอบ เหมาะสมกับสถานที่ และทำให้ลดน้ำหนัก ได้จริงได้แก่ แกว่งแขน การเดิน โยคะ วิ่ง มาร์ช ชักง 4) ด้านการใช้ธรรมชาติควบคุมสิ่งเร้าขณะลดน้ำหนัก เช่น การควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียด การฟังธรรม 5) ด้านการรู้เพียรรู้จักให้พอดี จากนั้นช่วยกันเสนอทาง เลือกใหม่การลดน้ำหนัก โดยการแสวงหาความรู้ข้อมูล ความรู้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น Line, Facebook, YouTube, Google search, สื่อสาธารณะ ที่ทีวีวิทยุ โฆษณา ต่างๆ โดยทีมวิจัยได้สอนการใช้แอปพลิเคชันให้กับ ผู้เรียน เพื่อการหาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติ ตนในการลดความดันโลหิต ลดน้ำหนัก กิจกรรมที่ 2 - 6 เป็นการติดตามผลและเรียนรู้รายกลุ่ม ประเมินภาวะ สุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว การวัดความดันโลหิต เปรียบเทียบผล การเปลี่ยนแปลงแต่ละสัปดาห์การเยี่ยมบ้านตรวจเครื่อง ปรุองอาหาร ตรวจค่าความเค็มอาหารที่เสี่ยงต่อรสเค็ม ของครัวเรือน และกิจกรรมที่ 7 ครั้งสุดท้ายเป็นการประเมิน ความรอบรู้สุขภาพผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินผลภาวะสุขภาพและกำหนดพันธสัญญาที่จะร่วม กันดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เป็นภาระต่อตนเองและ ผู้อื่นในอนาคต สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดให้เขาต้องใช้ความพยายาม และต้องใช้ ความมุ่งมั่นที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ เขาก็มี แนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง โดยผ่าน กระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) ซึ่งรูปแบบการส่งเสริม

ความรอบรู้สุขภาพโดยจัดโปรแกรมกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้อจิต สุขพล และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของชัชวาลย์ เพ็ชรทอง⁽¹⁷⁾ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ แอปพลิเคชัน Line และ Facebook ของสม นาสอาน⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁽¹⁹⁾ เพื่อพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 87.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับความโลหิตตัวบนและล่างหลังดำเนินการลดลงจากก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ศิริณภาวรรณเสริฐ⁽²⁰⁾ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนดัชนีมวลกายและความดันโลหิตเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของ

คัลลียา วสุธาดา และคณะ⁽²¹⁾ วิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิด ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ผลการศึกษา พบว่า ได้มีการจัดกิจกรรมความรอบรู้ทางสุขภาพด้วยการให้ความรู้แนะนำ การตั้งเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเยี่ยมบ้าน การสะท้อนผลการพัฒนา จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต หลังการพัฒนากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการพัฒนาและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสงฆ์ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาวะสุขภาพทางกายที่ดีขึ้น เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จึงควรมีการขยายผลการพัฒนาและนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรและบริบทพื้นที่ที่คล้ายกันเพื่อไม่ให้มีอิทธิพลต่อผลการใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุข สามารถนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยง สงสัยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ ควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลางมีแผนการจัดการดูแลตนเองในรายบุคคล และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการติดตามประเมินผลในการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพ เพื่อศึกษาระยะความคงทนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนศิลาแลง โรงพยาบาลมั่งงัย และอาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้ความสะดวกและร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World Hyper-tension League (WHL): World Hypertension Day [Internet]. 2018 [cited 2023 January 25]. Available from: <https://whleague.org/about-us/world-hypertension-day>
- World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 [Internet]; 2013 [cited 2023 January 25]. Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/lx4iZ>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13106&gid=18>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จังหวัดกาฬสินธุ์ รอบ 2-62. กาฬสินธุ์: กาฬสินธุ์การพิมพ์; 2562.
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67(12): 2072-8.
- กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- World Health Organization. Health Promoting Glossary [Internet]. 1998 [cited 2018 August 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int J Public Health 2009; 54: 303-5.
- Mezirow J. Understanding Transformation Theory. Adult Education Quarterly 1991; 44(4): 222-3.
- อารยา เขียงทอง. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการความรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [ปริญญานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
- Cronbach LJ. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1970.

14. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียนกลุ่มทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561.
15. Bandura A. Social Learning Theory. Edgewood N.T.: Prentice Hall; 1997.
16. เอื้อจิต สุพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วชิรวิทย์ หวังมั่น. ผลการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563. 29(3): 419-29.
17. ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง, พรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารสุขศึกษา 2562. 42(2): 23-32.
18. สม นาสอ้าน, ธงชัย ปัญญรัตน์, ทิพาพร ราชไกร. รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: กาฬสินธุ์การพิมพ์; 2562.
19. สม นาสอ้าน, ทิพาพร ราชไกร. การพัฒนารูปแบบการลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27(3): 99-110.
20. ศิริินภา วรเรสิฐ, สุทธิพร มูลศาสตร์, นภาพิณ จันทขัมมา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2562. 20(2): 92-104.
21. คัลลียา วสุธาดา, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, ดาราวรรณ รongเมือง, อนุชิต สว่างแจ้ง, โรจน์เมธิทร์ ไวยกุล. การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2565; 33(1): 136-52.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

Association Between Health Literacy and Preventive Behaviors for Dengue Hemorrhagic Fever Among Village Health Volunteers in Mueang Buriram District, Buriram Province

ชลธิชา หล้าอุดม ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)

Chonticha Laudom B.P.H. (Community Public Health)

อนุพงศ์ สุขใจ ปร.ด. (ชีววิทยา)

Anupong Sukjai Ph.D. (Biology)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control, Region 9 Nakhon Ratchasima

Received: March 22, 2024

Revised: May 21, 2024

Accepted: June 15, 2024

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ถูกต้องให้กับประชาชนในชุมชน การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทำการสุ่มแบบเป็นระบบ จำนวน 381 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่ารู้ และการจัดการตนเอง และตัวแปรตามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ อสม.ที่มีทักษะการสื่อสารในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 5.19 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีความรู้ด้านทักษะการสื่อสารในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=5.19$; 95%CI=1.82-14.78) อสม.ที่มีทักษะการตัดสินใจในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 3.97 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีความรู้ด้านทักษะการตัดสินใจในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=3.97$; 95%CI=1.28-12.29) และ อสม.ที่มีการจัดการตนเองในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 9.41 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีความรู้ด้านการจัดการตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=9.41$; 95%CI=3.11-28.39) ดังนั้น อสม.ควรได้รับการส่งเสริมด้านทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สามารถสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันโรคไข้เลือดออก

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ โรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) play a crucial role in implementing dengue fever prevention activities, requiring health knowledge on dengue prevention to serve as role models for community practices. This cross-sectional analytical study aimed to investigate the association between health literacy and dengue prevention behaviors. The sample consists of village health volunteers from Mueang Buriram District, Buriram Province, totaling 381 individuals, and was randomized by systematic sampling. Data were collected using a structured questionnaire accessing health literacy aspects including health information, health service, communication skills, decision-making skills, digital skill, and the self-management literacy, as well as variables related to dengue prevention behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analyses.

The results revealed a significant correlation between health literacy and dengue prevention behaviors including communication skills, decision-making skills, and self-management skills. VHVs with high-level communication skills were associated with a 5.19 times greater likelihood of engaging in dengue prevention behaviors compared to VHVs with low to moderate communication skills ($OR_{Adj}=5.19$; 95%CI=1.82–14.78), VHVs with high-level decision-making skills were associated with a 3.97 times greater likelihood of engaging in dengue prevention behaviors compared to VHVs with low to moderate decision-making skills ($OR_{Adj}=3.97$; 95%CI=1.28–12.29), and VHVs with high-level self-management skills were associated with a 9.41 times greater likelihood of engaging in dengue prevention behaviors compared to VHVs with low to moderate self-management skills ($OR_{Adj}=9.41$; 95%CI=3.11–28.39). Therefore, it is imperative to enhance the communication, decision-making, and self-management skills of VHVs regarding dengue fever prevention to effectively disseminate accurate knowledge, serve as community role models, and mitigate dengue fever risks.

Keywords: Health literacy, Dengue fever, Village health volunteers (VHV)

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดการระบาดครั้งใหญ่ครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ. 2497 และปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเป็นระยะๆ ทุก 3–5 ปี⁽¹⁾ โดยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2566 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 102,202 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 154.54 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 98 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.15 และในเขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 7,556 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 112.69 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 5 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.07⁽²⁾ ซึ่งจังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวมในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 1,242 ราย

อัตราป่วยเท่ากับ 78.62 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.06 โดยการระบาดของโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ พบว่า อำเภอเมืองบุรีรัมย์เป็นอำเภอที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ติด 1 ใน 3 ของอำเภอที่มีการระบาดมากที่สุดในจังหวัดจาก 23 อำเภอ โดยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 453 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 205.12 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ และยังเป็นพื้นที่คาดการณ์ที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกสูงของจังหวัดบุรีรัมย์⁽⁴⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การสำรวจลูกน้ำยุงลาย และการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการสื่อสารความรู้

และข่าวสารด้านสาธารณสุขที่ถูกต้อง⁽⁵⁾ ในขณะเดียวกัน อสม. ต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้กับประชาชนในชุมชน ประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ (2) ความรู้ ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) การจัดการตนเอง เมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วจะทำให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และคนในสังคมได้⁽⁶⁾ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในหลายพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี^(7,8) ซึ่งต้องมีการเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออก เน้นฝึกฝนความสามารถและทักษะในการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การศึกษานี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. เพื่อให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการนำไปปฏิบัติ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดบุรีรัมย์ให้เป็นพื้นที่ตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study)

ประชากรและตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ อสม. อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ในปี 2565 จำนวน 3,467 คน⁽⁹⁾

2. ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรของ Krejcie and Morgan (1970)⁽¹⁰⁾ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร อสม. จำนวน 3,467 คน

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ กำหนด ร้อยละ 5.0

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.84 \times 3467 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (3,467 - 1) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5} \\ &= \frac{3329.19}{9.63} \\ &= 345.88 \text{ หรือประมาณ } 346 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างของ อสม. เท่ากับ 346 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์

หรือมีข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงสุ่มสำรวจตัวอย่างไว้ร้อยละ 10.0 ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 381 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยเรียงลำดับรายชื่อ อสม. กำหนดหมายเลขประจำตัวแก่ อสม. ทุกหน่วยในประชากร หาค่าส่วนระหว่างประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดตัวอย่างคนแรกของกลุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามลำดับ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็น อสม. อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างน้อย 1 ปี
2. พุดคุยสื่อสารรู้เรื่องและอ่านออกเขียนภาษาไทยได้
3. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวិจัย ยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 5 ข้อ) ทักษะการสื่อสาร (จำนวน 5 ข้อ) ทักษะการตัดสินใจ (จำนวน 5 ข้อ) และการจัดการตนเอง (จำนวน 5 ข้อ) เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง=5 คะแนน บ่อยครั้ง=4 คะแนน บางครั้ง=3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง=2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย=1 คะแนน ส่วนด้านการรู้เท่ารู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (จำนวน 5 ข้อ) เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด=5 คะแนน มาก=4 คะแนน ปานกลาง=3 คะแนน น้อย=2 คะแนน น้อยที่สุด=1

คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก คะแนน ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60.00-79.99 และระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ทุกครั้ง=5 คะแนน บ่อยครั้ง=4 คะแนน บางครั้ง=3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง=2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย=1 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของคีส⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับเหมาะสม (≥ 20 คะแนน) และระดับไม่เหมาะสม (< 20 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.5-1.0 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในอำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบด้วยวิธีของ Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตประสงค์ลักษณะการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลในภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถาม และใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ พร้อมขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์จำนวน 1 ท่านเป็นผู้ช่วยวิจัย โดย

ผู้ช่วยวิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ อสม.ใน สสอ.เมืองบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการ พร้อมอธิบายวิธีการเก็บข้อมูล วิธีการใช้แบบสอบถาม และมีการทดลองใช้แบบสอบถาม จำนวน 11 ชุด ก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยทดลองกับ ผู้ช่วยวิจัยและตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ช่วยในการเก็บแบบสอบถาม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บแบบสอบถาม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถามในแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยลงพื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการเก็บข้อมูลให้แก่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 10 คน ที่ช่วยในการเก็บแบบสอบถามทราบและเข้าใจ โดยเป็นตัวแทนของอสม.ที่ผู้ช่วยวิจัยเลือก สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้มีความคล่องแคล่วในการเก็บข้อมูล และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ และให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Bivariate analysis นำเสนอค่า Crude Odds ratio (OR_{crude}), ค่า 95%CI และ ค่า p-value พิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 เพื่อคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (Initial model) โดยวิธีการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (Multivariable analysis) โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ได้แก่ อายุและระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำเสนอค่า Adjusted Odds ratio (OR_{Adj}), ค่า 95%CI และค่า p-value โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ทั้งหมด 381 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 316 คน (ร้อยละ 82.90) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.16 ปี (S.D.=9.83) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและสูงกว่าจำนวน 233 คน (ร้อยละ 61.20) ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 207 คน (ร้อยละ 54.30) และระยะเวลาในการเป็น อสม. มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 262 คน (ร้อยละ 68.80) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายตัวแปร (n = 381)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พฤติกรรมเหมาะสม (%)	OR_{crude} (95%CI)	p-value
เพศ					
ชาย	65	17.10	95.40	1	
หญิง	316	82.90	93.70	0.72 (0.21-2.48)	0.599
อายุ (Mean=55.16, SD=9.83, Median=54.00 (Min=27, Max=84))					
< 50 ปี	101	26.50	91.10	1	
≥ 50 ปี	280	73.50	95.00	1.86 (0.78-4.44)	0.163

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายตัวแปร (n = 381) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พฤติกรรมเหมาะสม (%)	OR _{crude} (95%CI)	p-value
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	148	38.60	93.90	1	
มัธยมตอนต้นและสูงกว่า	233	61.20	94.00	0.98 (0.42-2.34)	0.977
อาชีพ					
ไม่ใช่เกษตรกร	174	45.70	94.30	1	
เกษตรกร	207	54.30	93.70	0.91 (0.39-2.13)	0.828
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
≤ 10 ปี	119	31.20	90.80	1	
>10 ปีขึ้นไป	262	68.80	95.40	2.12 (0.91-4.95)	0.082

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบมากที่สุดในด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก จำนวน 352 คน (ร้อยละ 92.40) รองลงมาคือด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก จำนวน 346 คน (ร้อยละ 90.80) และน้อยที่สุดคือด้านการสื่อสารอยู่ในระดับมาก จำนวน 312 คน (ร้อยละ 81.90) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์อย่างหยาบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรค

ไข้เลือดออก (OR_{crude} =13.10; 95%CI=5.31-32.30) ทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (OR_{crude} =10.55; 95%CI=4.27-26.10) ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (OR_{crude} =15.89; 95%CI=6.33-39.90) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (OR_{crude} =7.65; 95%CI=3.18-18.35) และการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (OR_{crude} =21.88; 95%CI=8.45-56.70) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายตัวแปร ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 381)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พฤติกรรมเหมาะสม (%)	OR _{crude} (95%CI)	P-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ระดับน้อย-ปานกลาง	52	13.60	10.60	1	
ระดับมาก	329	86.40	89.40	13.10 (5.31-32.30)	<0.001
ทักษะการสื่อสาร					
ระดับน้อย-ปานกลาง	69	18.10	15.10	1	
ระดับมาก	312	81.90	84.90	10.55 (4.27-26.10)	<0.001

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบรายตัวแปร ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 381) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พฤติกรรมเหมาะสม (%)	OR _{crude} (95%CI)	P-value
ทักษะการตัดสินใจ					
ระดับน้อย-ปานกลาง	35	9.20	6.40	1	
ระดับมาก	346	90.80	93.60	15.89 (6.33-39.90)	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ					
ระดับน้อย-ปานกลาง	65	17.10	14.50	1	
ระดับมาก	316	82.90	85.50	7.65 (3.18-18.35)	<0.001
การจัดการตนเอง					
ระดับน้อย-ปานกลาง	29	7.60	4.70	1	
ระดับมาก	352	92.40	95.30	21.88 (8.45-56.70)	<0.001

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multi-variable analysis โดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่น ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง กล่าวคือ เมื่อวิเคราะห์หาค่าตัวแปรและควบคุมผลกระทบจากตัวแปรที่เหลืออื่นๆ ในสมการสุดท้าย พบว่า อสม.ที่มีทักษะการสื่อสารในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 5.19 เท่า เมื่อเทียบกับ อสม.ที่มีความ

รอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=5.19$; 95%CI=1.82-14.78) อสม.ที่มีทักษะการตัดสินใจในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 3.97 เท่า เมื่อเทียบกับ อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=3.97$; 95%CI=1.28-12.29) และ อสม.ที่มีการจัดการตนเองในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็น 9.41 เท่า เมื่อเทียบกับอสม.ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj}=9.41$; 95%CI=3.11-28.39) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรแทรกซ้อน (n = 381)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	พฤติกรรมเหมาะสม (%)	OR _{crude}	OR _{Adj}	95%CI	p-value
ทักษะการสื่อสาร						
ระดับน้อย-ปานกลาง	69	15.10	1			0.002
ระดับมาก	312	84.90	10.55	5.19	1.82-14.78	
ทักษะการตัดสินใจ						
ระดับน้อย-ปานกลาง	35	6.40	1			0.016
ระดับมาก	346	93.60	15.89	3.97	1.28-12.29	
การจัดการตนเอง						
ระดับน้อย-ปานกลาง	29	4.70	1			<0.001
ระดับมาก	352	95.30	21.88	9.41	3.11-28.39	

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 312 คน (ร้อยละ 81.90) มีความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารระดับมาก มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเหมาะสมเป็น 5.19 เท่า เมื่อเทียบกับ อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารในระดับน้อยถึงปานกลาง ($OR_{Adj} = 5.19$; 95%CI; 1.82-14.78) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมีวิจารณ์ญาณ⁽¹³⁾ มีการสื่อสารโดยการสรุปเนื้อหาข้อมูลมาดูแลตนเองและคนในชุมชน เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เปื้อนแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ด้วยการสื่อสารทางวาจาแบบสองทาง ใช้คำพูดที่เรียบง่าย ปราศจากการใช้ศัพท์เทคนิคหรือศัพท์ทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายอย่างชัดเจนและเน้นข้อมูลที่ปฏิบัติจริง⁽¹⁴⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่ จำนวน 359 คน (ร้อยละ 94.22) มีทักษะการสื่อสารในการตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดลูกน้ำยุงลาย และจำนวน 344 คน (ร้อยละ 90.29) สามารถชักชวนคนในชุมชนดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอแห่งหนึ่งจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งพบว่าการสื่อสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁸⁾

นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 346 คน (ร้อยละ 90.80) มีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจระดับมาก มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกเหมาะสมมากกว่าอสม.ที่มีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจในระดับน้อยถึงปานกลาง เป็น 3.97 เท่า ($OR_{Adj} = 3.97$; 95%CI; 1.28-12.29) และ อสม. จำนวน 352 คน (ร้อยละ 92.40) มีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองระดับมาก มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกเหมาะสมมากกว่า อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองในระดับน้อยถึงปานกลางเป็น 9.41 เท่า ($OR_{Adj} = 9.41$; 95%

CI; 3.11-28.39) อาจกล่าวได้ว่า อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียในการปฏิเสธหรือเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสม สังเกตได้จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ จำนวน 370 คน (ร้อยละ 97.11) ตัดสินใจเข้าร่วมทันทีเมื่อเจ้าหน้าที่ขอความร่วมมือในกิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลาย รอบหมู่บ้าน และ อสม. จำนวน 367 คน (ร้อยละ 96.32) ปฏิบัติตามคำแนะนำโดยการเปิดบ้านให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการฉีดพ่น เมื่อมีเจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาลมาฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย รวมทั้งยังสามารถจัดการตนเองโดยจำนวน 366 คน (ร้อยละ 96.06) มีการเตือนตนเองในการเปลี่ยนน้ำแจกัน หรือจานรองขาตู้ทุก 7 วัน และจำนวน 365 คน (ร้อยละ 95.80) มีแนวทางการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านของตนเอง เพื่อป้องกันแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จึงกล่าวได้ว่า อสม. ที่มีการจัดการตนเองได้ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอแห่งหนึ่งจังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องและการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก^(7,8) ทั้งหมดนี้จึงเป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่ได้กล่าวว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเพียงทรัพยากรส่วนบุคคลที่นำไปสู่ประโยชน์ของตนเองเท่านั้น แต่ยังแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นจะได้รับประโยชน์ทางสังคม เช่น การช่วยให้ชุมชนดำเนินการเพื่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทุนทางสังคม⁽¹³⁾

สรุปผล

ความรู้ด้านสุขภาพของอสม. อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่ารู้ และการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก และความสัมพันธ์

ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อสม. อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และส่งเสริมสุขภาพด้านความรอบรู้ของ อสม. เพื่อให้ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลพบว่าความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้น อสม. ควรได้รับการส่งเสริมด้านทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเองในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้สามารถสื่อสารความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. จากผลพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขร่วมกันจัดกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีความเหมาะสมกับบริบทเน้นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมและสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีอื่นๆ และเปลี่ยนพื้นที่ในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะให้ความคิดเห็น และขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลจนผลงานวิจัยสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สิริกา แสงธาราทิพย์. โรคไข้เลือดออกฉบับประเถียรณก พ.ศ.2544. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ระบบรายงานและฐานข้อมูล R506 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=262766>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. สถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ประจำปี พ.ศ. 2566 (วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2566) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://brm.moph.go.th/cds_alert/
4. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคติดต่อภายในโดยแมลง ปี พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1398220230310075357.pdf>
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศมิตติการพิมพ์; 2554.

7. พิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุดิพงษ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปรางค์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ 2563; 1(3): 1-11.
8. อัญชลี จันทรินทรการ. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกะทู้มณฑลภูเก็ต จังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
9. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน “จำนวน อสม.ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการ” [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000BBE.php>
10. มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิ์สรรพ. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://shorturl-ddc.moph.go.th/CPQIj>
11. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill Companies; 1976.
12. Kiess HO. Statistical concepts for the behavioral sciences. Boston: Allyn and Bacon; 1989.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. Health promotion international 2000; 15(3): 259-67.
14. พลภัทร เครือคำ, รชานนท์ งามใจรัก. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566; 16(1): 39-51.

ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในระดับอำเภอ(พชอ.) อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น

Results of Model of Prevent Road Traffic Injury by Cooperation Intrigued
with of District Health Board Policy at Sam Sung District,
Khon Kaen Province

กมล ศรีล้อม ปร.ด. (นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น)

Kamol Srilom Ph.D. (Innovation for Local Development)

hemชาติ นิละสมิต ส.ม. (ภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ)

Hemmachat Neelasamit M.P.H. (Leadership and Innovative Health Management)

ณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง ส.ม. (ชีวสถิติ)

Napattapong Hongsitong M.P.H. (Biostatistics)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำสูง

Sam Sung District Public Health Office

Received: March 17, 2024

Revised: May 31, 2024

Accepted: June 4, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมาย 61 คน เป็น คณะกรรมการ พชอ. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกประเด็นอภิปราย/กิจกรรม/การประเมินผล แบบสอบถาม และแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า 1) การวิเคราะห์ปัญหาสภาพการดำเนินงานพบว่า พฤติกรรมการขับขี่ จุดเสี่ยง ยานพาหนะ สาเหตุการเสียชีวิต กวดขันวินัยจราจร และความร่วมมือของหน่วยงาน 2) รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มี 4 โครงการคือ การบูรณาการความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน การพัฒนาชุมชนต้นแบบขับขี่ปลอดภัย การแก้ไขจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอคำสูง และสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิต และ 3) ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่า การมีส่วนร่วมและประสิทธิภาพ อยู่ระดับมากที่สุด ชุมชนต้นแบบด้านการขับขี่ปลอดภัย ในระหว่างปีพ.ศ.2560-2565 ผู้บาดเจ็บ 442, 316, 289, 333, 360 และ 161 ราย และผู้เสียชีวิต 4.21, 4.21, 8.42, 29.56, 12.56 และ 8.42 ต่อแสนประชากร และเป็นอำเภอดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากจรรยาทางถนนระดับอำเภอในระดับดีเยี่ยม

ควรมีการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คณะกรรมการ พชอ. ป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

Abstract

This study is an action research were to results of model of prevent road traffic injury by collaboration intrigued with of district health board policy at Sam Sung district, Khon Kaen province. The target population was 61 participants: district health board policy, district road traffic center board, subdistrict road traffic center board and subdistrict health board policy. The research tools include: 1) the group recorded form, 2) monitoring recorded form, 3) evaluation recorded form, 4) questionnaires, 5) the evaluate efficacy model development. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research findings as follows. The issue contexts of injury prevention from traffic accidents include: people's risk behavior; analyzing the dangerous or black spot, risk point assessment; driving vehicles; the cause of death; traffic discipline; law enforcement; and collaboration intrigued. The model was consisted into 4 main categories: the establishment of a district road traffic center board; safe driving model community; correcting dangerous or black spots; and an investigation into the causes of injury and death. The results of using model of prevent road traffic injury by cooperation intrigued process with of district health board policy at Sam Sung district: users' participation levels ranks at highest level (4.33, S.D = 0.37); safe driving model community 4 subdistrict; the number of road accident victims decreased by 442, 316, 289, 333, 360 และ 161 people between 2017 and 2022, respectively; the death rate of death accident victims decreased by 4.21, 4.21, 8.42, 29.56, 12.56 and 8.42 rate per 100,000 population between 2017 and 2022, respectively; and Examine the efficacy of the model of prevent road traffic injury by cooperation intrigued process with of district health board policy at Sam Sung district that users' satisfaction levels was ranked at a highest level ($\bar{X}$ = 4.24, S.D = 0.12. Certified as a district road traffic injury (D-RTI) at the advanced level.

In conclusion, results of model in a reduction in the number of road accident and case of death, which should be fatherly expanded and brought into the cooperation intrigued process with of district health board policy to developing the quality of life of the people systematically and continuously.

Keywords: District health board policy, Preventing road traffic injuries

บทนำ

ปัญหาที่เกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injuries) ส่งผลกระทบและความสูญเสียเป็นวงกว้างอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 2019 ปัญหาที่เกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injuries) ยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้คาดการณ์ว่า ปีพ.ศ.2573 หากแต่ละประเทศไม่มีมาตรการที่ดีในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจะ

เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเฉลี่ยปีละ 2.4 ล้านคน ซึ่งทำให้สาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขยับสูงขึ้นจากอันดับ 9 ในปีพ.ศ. 2547 เป็นอันดับ 5 นำหน้าโรคร้ายหลายโรค นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ยังได้คาดการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย โดยชี้ว่า ปี ค.ศ. 2018 ประชากรไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนปีละ 22,491 คน คิดเป็นอัตราการตาย 32.7 ต่อแสนประชากร ถูกจัดอันดับเป็นประเทศที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก เป็นอันดับที่ 1 ในภูมิภาคเอเชีย⁽¹⁾

สถานการณ์แนวโน้มของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่า ปีพ.ศ.2554-2562 มีคนตายจากอุบัติเหตุทางถนน 188,758 คน เฉลี่ยปีละ 20,973 คน หรือคิดเป็นอัตราตาย 32.3 ต่อประชากรแสนคน หรือคิดเป็นวันละ 60 คน โดยเฉลี่ยแต่ละปี ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วจะไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์แนวโน้มของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558-2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 30.36-33.50 ต่อประชากรแสนคน เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิต 20,811 คนต่อปี⁽²⁾ สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเป้าหมายแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ช่วงปี พ.ศ.2558-2562 อัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 25.10-28.96 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2562 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3,694 คน เฉลี่ยปีละ 528 คน คิดเป็นอัตราตาย 29.24 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ 2 คน⁽³⁾

สถานการณ์และแนวโน้มของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2563 มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 471, 509, 442, 316, 289 และ 333 คน ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 5 คน (21.05 ต่อประชากรแสนคน) 2 คน (8.42 ต่อประชากรแสนคน) 1 คน (4.21 ต่อแสนประชากร) 1 คน (4.21 ต่อประชากรแสนคน) 2 คน (8.42 ต่อประชากรแสนคน) และ 7 คน (29.56 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าว อำเภอคำสูง มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยคือการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 คนต่อประชากรแสนคน จากข้อมูล

การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิต พบว่า กลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและขับซิ่งด้วยความเร็ว ยานพาหนะส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์และผู้ขับซิ่งรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ลักษณะถนนที่เกิดเหตุเป็นบริเวณทางโค้ง ไม่มีไฟส่องสว่าง นอกจากนี้ยังพบสภาพปัญหาด้านความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่อำเภอคำสูง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ. อำเภอ) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ. ท้องถิ่น)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สภาพปัญหา 6 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมผู้ขับขี่ 2) ด้านสภาพแวดล้อม 3) ด้านการบังคับใช้กฎหมาย 4) ด้านการขับเคลื่อน 5) ด้านการประชาสัมพันธ์ และ 6) ด้านอื่นๆ สำหรับรูปแบบ พบว่า มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในหลากหลายบริบท โดยเน้นความร่วมมือในการดำเนินงานผ่านหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การวิเคราะห์บริบทการเกิดอุบัติเหตุ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุ การติดตามประเมินผลและสรุปผล และการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล⁽⁵⁻¹⁰⁾ ผลจากการทบทวนการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของแต่ละอำเภอขึ้นอยู่กับบริบท อำเภอคำสูงมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแต่ยังขาดการบูรณาการและความต่อเนื่องของการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ประกอบกับอำเภอคำสูงยังพบการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ในการผลักดันการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในระดับอำเภอ โดยบูรณาการกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และ

คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ท้องถิ่น (ศปถ. อปท.) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการ ความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น คาดว่าจะได้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สามารถลดการบาดเจ็บและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวทางของ Kemmis and Mc Taggart (1988)⁽¹¹⁾ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรศึกษา เป็นคณะกรรมการ พชอ. อำเภอคำสูง และคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 5 ตำบล รวม 96 คน

กลุ่มเป้าหมาย เป็นคณะกรรมการ พชอ. อำเภอคำสูง และคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 5 ตำบล จำนวน 61 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น เป็นข้อมูลนำเข้าสู่กระบวนการวางแผน โดยการประชุมระดมความคิดเห็นการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) กลุ่มเป้าหมาย

จำนวน 61 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนโรงเรียนประจำอำเภอ ตำรวจ ภาคประชาสังคม และทีมเลขาสาธารณสุขอำเภอ เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกประเด็นการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น โดยการประชุมระดมความคิดเห็นการอภิปรายกลุ่มร่วมกันตัดสินใจรับผิดชอบแผนงาน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 61 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนโรงเรียนประจำอำเภอ ตำรวจ ภาคประชาสังคม และทีมเลขาสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามการใช้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยการประชุมระดมความคิดเห็นการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการติดตามผลการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามวงรอบ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกการติดตามผลการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ 1) จำนวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 2) จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3) การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และ 4) ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ตามกรอบการประเมินของ Stuffbeam (1981) 4 มาตรฐาน ได้แก่

มาตรฐานการใช้ประโยชน์ (Utility Standard) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standard) มาตรฐานความเหมาะสม (Propriety Standard) และมาตรฐานความถูกต้อง (Accuracy Standard)⁽¹²⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ 1) แบบบันทึกประเด็นการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน 2) แบบบันทึกกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม 3) แบบบันทึกการติดตามผลการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม 4) แบบบันทึกจำนวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 5) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และ 6) แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยประยุกต์ใช้ตามกรอบการประเมินมาตรฐานของ Stufflebeam (1981)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) เท่ากับ 0.95⁽¹³⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ และค่าความถี่ เพื่ออธิบายข้อมูลความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมและการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ ตามเกณฑ์ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คือ ระดับมากที่สุด 3.21-4.20 คือ ระดับมาก 2.61-3.20 คือ ปานกลาง 1.81-2.60 คือ น้อย และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 คือ น้อยที่สุด⁽¹⁴⁾ และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ และแยกแยะประเด็น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้มาตรฐานทางจริยธรรมในการวิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการอธิบายขั้นตอน ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และแสดงความสมัครใจในการมีส่วนร่วมเป็นกลุ่มเป้าหมายการให้ข้อมูลด้วยคำพูดตอบรับ

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูล 61 คน ประกอบด้วย นายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พัฒนาอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนโรงเรียนประจำอำเภอ ตำรวจ ภาคประชาสังคม และชุมชน โดยใช้กระบวนการการระดมความคิดเห็นเพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น

สภาพปัญหาการดำเนินงาน	สรุปประเด็นปัญหา
1. ประชาชนในพื้นที่ขับซึ่รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย 2. ประชาชนยังมีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วขับซึ่ยานพาหนะ 3. ประชาชนมีการขับซึ่รถเร็ว โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ 4. ความร่วมมือในการป้องกันและลดอุบัติเหตุของหน่วยงานในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง 5. มาตรการชุมชนยังไม่เข้มข้น 6. สภาพถนนค่อนข้างแคบ เนื่องจากอำเภอคำสูงเป็นอำเภอเล็ก ๆ เชื่อมไปยังอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดมหาสารคาม และทางผ่านไปจังหวัดกาฬสินธุ์ 7. จุดเสี่ยงค่อนข้างมาก โดยเฉพาะทางแยกและส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยเช่นกัน 8. การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับข้อมูลความเสี่ยงจากอุบัติเหตุไม่ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน 9. จำนวนรถของคนในพื้นที่อำเภอคำสูง โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน 10. ข้อมูลการเสียชีวิตมีหลายฐานข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด 11. ชุมชนให้ความร่วมมือค่อนข้างน้อยในการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เช่น การตั้งด่านชุมชน เป็นต้น 12. การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ แยกส่วนการดำเนินงาน เช่น คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชต. สปอ.อำเภอ สปอ.อปท. เป็นต้น 13. การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย 14. ด้านมาตรการการบังคับใช้ข้อบัญญัติต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ชัดเจน 15. สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง ยังพบการมีผู้เสียชีวิตที่เกินค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะจากรถจักรยานยนต์ 16. การสอบสวนอุบัติเหตุในพื้นที่ยังขาดทักษะปฏิบัติและองค์ความรู้ 17. การสื่อสารนโยบายการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่ทั่วถึง 18. การกำกับ ติดตาม ประเมิน และคืนข้อมูลในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง	1. พฤติกรรมการขับซึ่ของประชาชน 2. สภาพถนนที่เป็นจุดเสี่ยง 3. ยานพาหนะในการขับซึ่ 4. สาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 5. การกวัดขันวินัยจราจร 6. ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การวางแผนแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

ผลการอภิปรายกลุ่มในการร่วมวางแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น มี 4 โครงการ คือ 1) โครงการความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง 2) พัฒนาชุมชนต้นแบบขับซึ่ปลอดภัย 3) การแก้ไขจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอคำสูง และ 4) การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

3. การติดตามการใช้รูปแบบการดำเนินงาน

3.1 โครงการบูรณาการความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง

3.1.1 การวางแผน ประชุมร่วมวางแผนการดำเนินงานในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกันจัดตั้ง สปอ.อำเภอ และ สปอ.อปท. โดยบูรณาการความร่วมมือคณะกรรมการ พชอ. และ คณะกรรมการ พชต. เพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล

3.1.2 ลงมือปฏิบัติ ประชุมบูรณาการ การดำเนินงานในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ชำสูง จัดทำมาตรการรณรงค์ของหน่วยงานอำเภอชำสูง ได้แก่ กำหนดเขตสวมหมวกนิรภัย 100% การเป่า วัตรระดับ Alcohol ก่อนปฏิบัติงานในพนักงานขับรถ โรงพยาบาล และมีการประชุมเตรียมความร่วมมือใน การดำเนินงานตามกิจกรรมช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ 7 วันอันตราย และช่วงนอกเทศกาล

3.1.3 สังเกตผล โดยคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. ติดตามผลการบูรณาการดำเนินงานในการป้องกันและ ลดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า มีคณะกรรมการดำเนินงาน ตามคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอชำสูง หน่วยงานในอำเภอชำสูงประกาศเป็นเขต สวมหมวกนิรภัย 100% ทุกหน่วยงาน มีการเป่าวัตรระดับ Alcohol ก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง พนักงานขับรถ โรงพยาบาล มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุ และภาพรวม ของการดำเนินงาน ชุมชน และสนับสนุนการดำเนินงาน ทุกกิจกรรม

3.1.4 สะท้อนผล คณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. ร่วม กันคืนข้อมูลการดำเนินงานพบว่า อำเภอชำสูงสามารถ ดำเนินงานเป็นไปตามกิจกรรมที่วางไว้และมีการทบทวน กิจกรรมให้เกิดความต่อเนื่อง

3.2 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบขับขี่ปลอดภัย

3.2.1 การวางแผน มีการประชุมวางแผน ร่วมกันระหว่าง คณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. ศปถ.อำเภอ และ ศปถ.อปท. เป้าหมายคือ พัฒนาชุมชน ต้นแบบ 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลคำแมด กระนวน คูคำ บ้านโนน และห้วยเตย โดยร่วมกันวางแผนกิจกรรม ได้แก่ 1) ธรรมนูญสุขภาพตำบล 2) ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ ธรณศาสตร์การเกิดอุบัติเหตุ 3) ติดป้ายประชาสัมพันธ์ ธรณศาสตร์การขับขี่ปลอดภัย 4) ขับขี่ปลอดภัย 5) สุภาพบุรุษ ไม่ซิ่ง เปิดโรงเรียน เปิดโรงรถ 6) งานศพ งานบุญ ปลอดภัย และ 7) การตัดต้นไม้และปรับปรุงภูมิทัศน์ ในชุมชน

3.2.2 ลงมือปฏิบัติ มีการดำเนินกิจกรรม ร่วมกัน โดยจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลทุกตำบล ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ธรณศาสตร์การเกิดอุบัติเหตุ มีการตั้งด่านชุมชน ทีมตำรวจจราจรอบรมแกนนำเยาวชน ในชุมชนทั้งโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาส ธรณศาสตร์ให้นักเรียนสวมใส่หมวกนิรภัย จัดตั้งอาสาสมัคร ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ในระดับตำบล นำร่อง ตำบลองค์การบริหารส่วนตำบลคูคำ มีการติดตาม รถจักรยานยนต์ที่แต่งซิ่ง แข่งรถในเขตบ้านโนน-คูคำ จัดทำทางม้าลายหน้าโรงเรียนบ้านกระนวน มีการตั้งด่าน ในถนนหลักเพื่อกำหนดเป็นเขตกวดขันวินัยจราจร ชุมชน ประกาศงานศพและงานบุญปลอดภัย และปรับภูมิทัศน์ จุดเสี่ยง

3.2.3 สังเกตผล ร่วมติดตามโดยการประชุม ของคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปถ.อำเภอ ศปถ.ท้องถื่น ผลการติดตามมีด้านชุมชน 35 หมู่บ้าน ใน 5 ตำบล ได้แก่ คำแมด กระนวน คูคำ บ้านโนน และห้วยเตย พบว่า มี 4 ตำบล ได้แก่ คำแมด กระนวน คูคำ บ้านโนน สามารถดำเนินงานได้ ตามเป้าหมาย และตำบลห้วยเตยปรับกิจกรรมร่วมกัน

3.2.4 สะท้อนผล โดยคณะกรรมการ พขอ คณะกรรมการ พชต. กับ ศปถ.อำเภอ ศปถ.ท้องถื่น ประชุมและมีการคืนข้อมูลผลการติดตามเป็นรายตำบล โดยมีชุมชนต้นแบบขับขี่ปลอดภัยทุกตำบล และเป็น อำเภอผ่านการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดี เยี่ยมจากกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

3.3 โครงการแก้ไขจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอำเภอชำสูง

3.3.1 การวางแผน มีการวางแผนร่วมกันของ คณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปถ. อำเภอ และศปถ.ท้องถื่น โดยร่วมกันวิเคราะห์จุดเสี่ยง จำแนกรายตำบลที่เคยเกิดอุบัติเหตุทางถนนระหว่าง ปี 2562-2564 มีจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งหมด 8 จุดโดยจำแนกรายพื้นที่ตำบล พบว่า 1) ตำบลห้วยเตย มี 3 จุดเสี่ยง คือ ตรงบริเวณโค้งโรงงานปุ๋ยบ้านหลุมเลา บ้านสว่าง (หมู่ 4) และหน้าโรงเรียนและบริเวณก่อนถึง

ศาลาบ้านสว่าง 2) ตำบลกระนวน มี 2 จุดเสี่ยง คือ ตรงบริเวณสามแยกหลุมแชง และโค้งทางเข้าบ้านกระนวน โค้งทางออกบ้านกระนวน(หมู่ 5) 3) ตำบลบ้านโนน มี 1 จุดเสี่ยง คือ ตรงบริเวณสี่แยกไปบ้านลำโรงหน้าโรงเรียนโนนโพธิ์ศรี และ 4) ตำบลคูคำ มี 2 จุดเสี่ยง คือ ทางโค้งก่อนเข้าบ้านกระนวนรอยต่อคูคำ และโค้งบ้านบ่อใหญ่

3.3.2 ลงมือปฏิบัติ มีการแก้ไขจุดเสี่ยง ทั้ง 8 จุด คือ 1) ตรงบริเวณโค้งโรงงานปุ๋ยบ้านหลุมแช 2) บ้านสว่าง (หมู่ 4) 3) หน้าโรงเรียนและบริเวณก่อนถึงศาลาบ้านสว่าง 4) ตรงบริเวณสามแยกหลุมแชง 5) โค้งทางเข้าบ้านกระนวนโค้งทางออกบ้านกระนวน (หมู่ 5) 6) ตรงบริเวณสี่แยกไปบ้านลำโรงหน้าโรงเรียนโนนโพธิ์ศรี 7) ทางโค้งก่อนเข้าบ้านกระนวนรอยต่อคูคำ และ 8) โค้งบ้านบ่อใหญ่ โดยอาศัยความร่วมมือจากการมีส่วนร่วมของหมู่บ้านโดยใช้งบประมาณจากเอกชนช่วยดำเนินการ เช่น จุดเสี่ยงของบ้านโนน เป็นต้น สำหรับจุดเสี่ยงที่ประสานหน่วยงานภายนอก เช่น กรมทางหลวง เป็นต้น

3.3.3 สังเกตผล โดยคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปด.อำเภอ และ ศปด.ท้องถิ่น ร่วมติดตามการแก้ไขจุดเสี่ยง 8 จุด โดยได้รับการแก้ไข มีการติดไฟส่องสว่าง ประสานกับกรมทางหลวง และทางหลวงชนบทเพื่อติดป้ายเตือนทางลงเนินเข้าโค้ง และกรณีกองดินบดบังทัศนวิสัย นอกจากนี้มีการประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือในการทำมาสะอาดและตัดต้นไม้ปรับปรุงภูมิทัศน์ติดตั้งกระกนูนแก้ปัญหาจุดเสี่ยงอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน และประชาชนร่วมมือทำความสะอาดหน้าบ้านของตนเอง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างกระแสให้ประชาชนร่วมเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน โดยเริ่มจากหน้าบ้านของตนเองก่อนเป็นลำดับแรก

3.3.4 สะท้อนผล มีการร่วมกันคืนข้อมูล คณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปด. อำเภอ และ ศปด.ท้องถิ่น พบว่า ผลการแก้ไขจุดเสี่ยง 8 จุด โดยใช้ความร่วมมือของพื้นที่ในการแก้ไขจุดเสี่ยง 7 จุด และรอการประสานกับกรมทางหลวงอีก 1 จุด และไม่พบว่ามี การเกิดอุบัติเหตุซ้ำในบริเวณจุดเสี่ยงเดิมของปีที่ผ่านมา

3.4 โครงการสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

3.4.1 การวางแผน โดยคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปด.อำเภอ และ ศปด.ท้องถิ่น ได้ร่วมกันวางแผน มีคณะทำงานเป็นทีมสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอชำสูง และจัดตั้งกลุ่ม line สำหรับการดำเนินงานสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอชำสูง

3.4.2 ลงมือปฏิบัติ พัฒนาทีมสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอชำสูง สามารถดำเนินงานสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 3 ราย พบว่า เป็นเพศชายทั้ง 3 ราย ยานพาหนะเป็นรถจักรยานยนต์ 2 ราย และรถยนต์ 1 ราย ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ เป็นเวลากลางคืน 2 ราย และเวลากลางวัน 1 ราย และสภาพแวดล้อมถนนพบว่า มีด ไม่มีไฟส่องสว่าง และเป็นทางโค้ง

3.4.3 สังเกตผล ผลจากการพัฒนาทีมสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอชำสูง สามารถได้ข้อเสนอแนะสำหรับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

3.4.4 สะท้อนผล ประชุมคืนข้อมูลและนำข้อมูลการสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอชำสูง ต่อคณะกรรมการ พขอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปด.อำเภอ และ ศปด.ท้องถิ่น

4. ผลของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พขอ.

4.1 การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 61 คน พบว่า เป็นชาย ร้อยละ 68.90 (42/61) และเพศหญิง ร้อยละ 31.10 (19/61) อายุค่าเฉลี่ย 39.51 ปี (S.D. = 9.09) ต่ำสุด 25 ปี และสูงสุด 59 ปี และจบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.80 (45/61) ปริญญาโท ร้อยละ 8.20 (5/61) และอื่นๆ ร้อยละ 18.0 (11/61) ภาพรวมการมีส่วนร่วม ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.33, S.D. = 0.37) สูงสุด คือ ความภาคภูมิใจต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือ

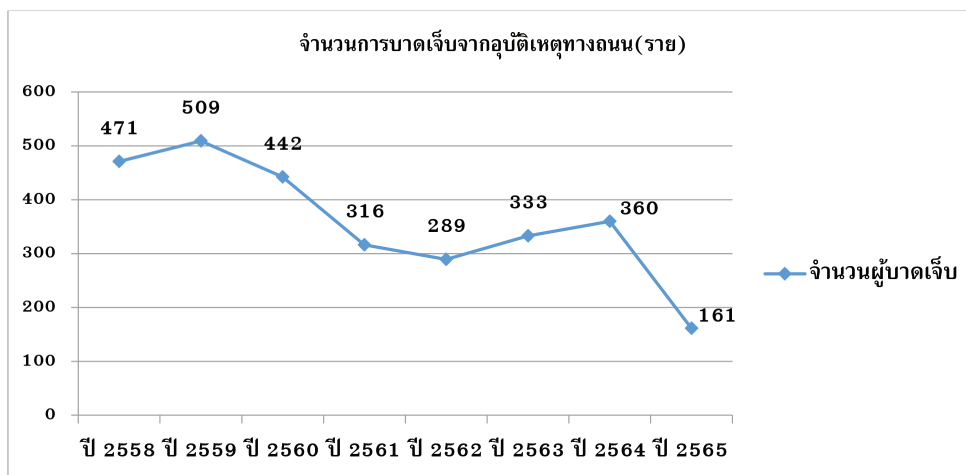
ผ่านคณะกรรมการ พชอ. ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.42$, S.D. = 0.49) และต่ำสุด คือ มีส่วนร่วมในการติดตามผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

ประเด็นการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านมีส่วนร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.29	0.45	มากที่สุด
2. ท่านมีส่วนร่วมวางแผนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.39	0.63	มากที่สุด
3. หน่วยงานของท่านได้บูรณาบทบาทร่วมกันป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.31	0.56	มากที่สุด
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.39	0.49	มากที่สุด
5. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามผลของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.16	0.71	มาก
6. ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาข้อมูลผลการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.24	0.59	มากที่สุด
7. ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	4.36	0.48	มากที่สุด
8. ท่านมีส่วนร่วมจัดการข้อมูลสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่อำเภอข้าสูง	4.29	0.45	มาก
9. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนต้นแบบขับขี่ปลอดภัยของอำเภอข้าสูง	4.27	0.45	มาก
10. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	4.32	0.47	มากที่สุด
11. ความภาคภูมิใจต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ.	4.47	0.50	มากที่สุด
12. ภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ.	4.42	0.49	มากที่สุด
ภาพรวม	4.33	0.37	มากที่สุด

4.2 จำนวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พขอ. เปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บ

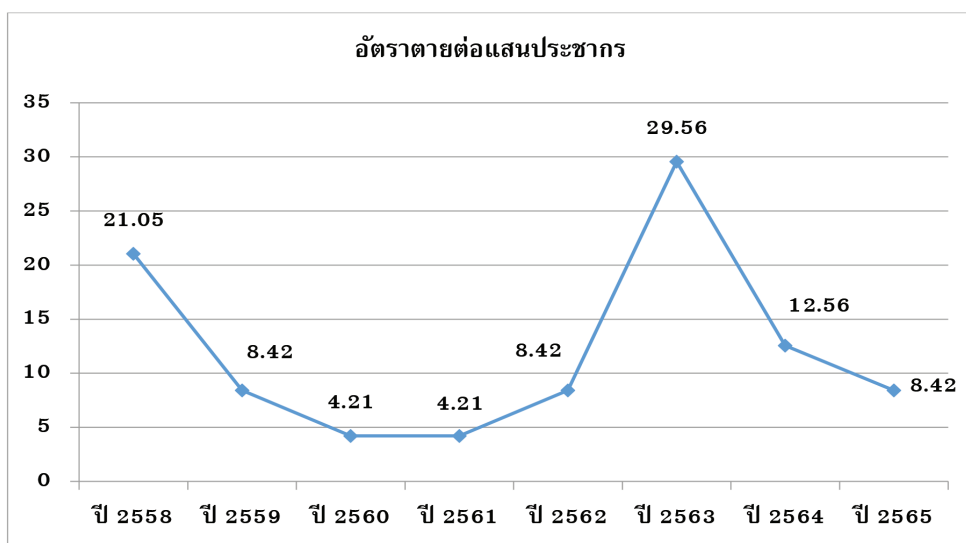
จากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กับปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2564 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มของจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของ อ.คำสูง จ.ขอนแก่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2564

4.3 จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พขอ. เปรียบเทียบจำนวนการเสียชีวิตจาก

อุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กับปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2564 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของ อ.คำสูง จ.ขอนแก่น ปี พ.ศ.2560-2565

4.4 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

ผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบตามกรอบแบบประเมินมาตรฐานการประเมินของ Stufflebeam (1981) สูงสุดคือ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.27) รองลงมาคือ มาตรฐานด้านความถูกต้อง ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.23) มาตรฐานด้านความเหมาะสม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.17$, S.D. = 0.24) และมาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.12$, S.D. = 0.44)

สรุปผลการวิจัย

ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ(พชอ.) อ.คำสูง จ.ขอนแก่น มีการบูรณาการความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง มุ่งเป้าชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนเป็นอำเภอผ่านการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับดีเยี่ยม ร่วมกันแก้ไขจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นกิจกรรมขับเคลื่อนให้เกิดผลสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) เกิดรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ภาพรวมของการมีส่วนร่วม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.37) และประสิทธิภาพของรูปแบบ ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.12) 2) เกิดชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนในระดับตำบลคือ ชุมชนตำบลคำแมด กระนวน คูคำ บ้านโนน และขยายไปยังตำบลห้วยเตย โดยจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลครบทุกตำบล ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์รณรงค์ลดการเกิดอุบัติเหตุด้านชุมชนและด้านถนนหลัก ทิมตำรวจจราจรพัฒนาแกนนำในชุมชนและโรงเรียน จัดตั้งอาสาสมัครป้องกันภัย

ฝ่ายพลเรือนระดับตำบล ชุมชนประกาศธรรมนูญตำบล และปรับภูมิทัศน์จุดเสี่ยงในชุมชน และ 3) ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. อ.คำสูง จ.ขอนแก่น ทำให้ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มลดลง

อภิปรายผล

1. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. อ.คำสูง จ.ขอนแก่น เน้นการบูรณาการความร่วมมือของคณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชต. กับ ศปถ. อำเภอ ศปถ.ท้องถิ่น โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พชอ. เป็นแกนหลัก พร้อมทั้งเน้นการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลที่ชัดเจน ภายใต้ 4 โครงการ คือ 1) บูรณาการความร่วมมือในการจัดตั้งศูนย์ความร่วมมือในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของ อ.คำสูง 2) พัฒนาชุมชนต้นแบบขับเคลื่อน 3) การแก้ไขจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อ.คำสูง และ 4) การสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นกิจกรรมขับเคลื่อนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ ราชบัณฑิต⁽⁵⁾ ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการ พชอ. อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มี 4 โครงการ ได้แก่ 1) จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอบ้านไผ่ 2) การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยแก้ไขจุดเสี่ยง 3) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต และ 4) ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอบ้านไผ่ ในขณะเดียวกันการพัฒนาในระดับตำบลสอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนโดยมาตรการด้านชุมชนจังหวัดขอนแก่น ปี 2559 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการในพื้นที่อำเภอพล และชุมแพ

กระบวนการ ประกอบด้วย การร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติการตามแผน การสังเกต และการสะท้อนกลับ ผลพบว่า การดำเนินงานช่วงสงกรานต์มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น มีการจัดทำติกาชุมชนเกิดเป็น “นโยบายชุมชน” การตั้งด่านครอบครัวทางออกสู่ถนนใหญ่เพื่อสกัดกลุ่มเสี่ยง ค้นหาและแก้ไขจุดเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม สามารถลดจำนวนบาดเจ็บ และเสียชีวิตได้

2. ผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อ.คำสูง จ.ขอนแก่น เกิดความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาพรวม อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.37) และรูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนปลอดภัย คือ ตำบลคำแมด โดยการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลทุกตำบล ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์รณรงค์ลดการเกิดอุบัติเหตุ ด้านชุมชนและถนนหลัก ทีมตำรวจจราจรพัฒนาแกนนำในชุมชนและโรงเรียน จัดตั้งอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนระดับตำบล ชุมชนประกาศงานศพและงานบุญปลอดเหล้า และปรับภูมิทัศน์จุดเสี่ยงทั้งนี้มีการขยายชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนปลอดภัยไปยังตำบลอื่นๆ ได้แก่ ตำบลกระนวน คูคำ บ้านโนน และตำบลห้วยเตย และผลของรูปแบบส่งผลให้ลดจำนวนผู้บาดเจ็บและลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอคำสูง โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณพ.ศ.2565 เทียบกับข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2560–2564 สอดคล้องกับการศึกษาของปานทิพย์ จีวรวิ (16) ได้ดำเนินงานตามรูปแบบโดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้นของ ศวปถ.7 ในการขับเคลื่อนผ่านกลไก สปถ. อำเภอไปสู่ผลลัพธ์ส่งผลให้ในปีพ.ศ.2560–2562 ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง และผลการใช้กลไกของคณะกรรมการ พชอ. ระดับการมีส่วนร่วมภาพรวม ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = 0.62) สอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนภายใต้การสนับสนุนโครงการนวัตกรรมและพัฒนาจังหวัดเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ (Best Practice สอจร.) (17) เสนอบทเรียนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ พชอ. เน้นสร้างการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น และ

การศึกษาของอำนาจ ราชบัณฑิต (5) เสนอรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน อำเภอบ้านไผ่ 9 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหา 2) กลไก/โครงสร้าง และเครือข่ายการทำงานของอำเภอ 3) การสืบสวนสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต 4) การเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ 5) การกำหนดเป้าหมาย 6) มาตรการ 7) การขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นตำบล หมู่บ้านกลไก/โครงสร้าง คณะทำงาน และเครือข่ายการทำงานของอำเภอ 8) การสรุปผล และ 9) ถอดบทเรียน โดยจากผลของรูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน แบบบูรณาการความร่วมมือผ่านคณะกรรมการ พชอ. อำเภอคำสูง จังหวัดขอนแก่น ส่งผลให้อำเภอคำสูงสามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบูรณาการความร่วมมือเชิงนโยบายผ่านกลไกคณะกรรมการ พชอ. พร้อมทั้งบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้สามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
2. ควรมีการขยายแนวทางการพัฒนาชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนปลอดภัยของอำเภอคำสูงไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทและสภาพแวดล้อมใกล้เคียง
3. ควรมีการพัฒนาทีมในระดับตำบลแบบบูรณาการ อาทิเช่น จัดตั้งอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนระดับตำบลให้สามารถสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอคำสูง คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ สปถ.อำเภอ คณะกรรมการ สปถ.ท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้นำชุมชน และ อสม. ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและร่วมพัฒนารูปแบบจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. กรมควบคุมโรค. ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.go.th/dataset/rtdidi>.
3. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. เอกสารรายงานการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2565.
4. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่นอำเภอสูง. เอกสารประกอบการประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่นอำเภอสูง จังหวัดขอนแก่น; 2566.
5. อำนาจราชบัณฑิต. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2565; 29(3): 98-110.
6. สมบูรณ์ จิตต์พิมาย. ผลการจัดการด้านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2564; 7(1): 237-55.
7. นัธววัฒน์ ดีตาช, พกัสนธณ์ วรภัทร์ธิระกุล. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและประชาชนในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2564; 18(1): 233-46.
8. นลองชัย ลิทธิวัง, นิคม สุนทร, กรภัทร ชันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกษร ไชยวุฒิ, และคณะ. การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอในาร่องจังหวัดน่าน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
9. สมบูรณ์ แวมั่น. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในตำบลโคกหล่าม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2563; 18(1): 40-51.
10. อารุณรัตน์ อรุณนุมาศ, วิสิทธิ์ มารินทร์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุข ล้านนา 2563; 16(1): 82-93.
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. Australia: Deakin University Press; 1988.
12. Stufflebeam DL. Educational evaluation and decision making. Illinois: Peacock; 1981.
13. ศิริชัย กาญจนวาลี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
14. ประคองกรรมสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
15. สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์. รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากจราจรทางถนนโดยมาตรการด้านชุมชนจังหวัดขอนแก่นปี 2559. วารสารควบคุมโรค 2560; 43(2): 183 - 95.
16. ปานทิพย์ จักรวี. การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางท้องถนน (D-RTI) อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. นำเสนอผลงานวิชาการในประชุมสัมมนาสนพลัง สร้างแรงใจ สู่เครือข่ายโรคไม่ติดต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน และจมน้ำ เขตสุขภาพที่ 3 ในวันที่ 16 ก.ย.2562; 2562.

17. คณะทำงานสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด. แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด (สอจร.) แนวทางการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนภายใต้การสนับสนุนโครงการนวัตกรรมและพัฒนาจังหวัดเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ (Best Practice สอจร.). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2562.

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ของเยาวชน : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Causal Factors of Behavior in Preventing Electronic Cigarette Consumption Among Youth : A Systematic Review

ปริญญาดาระสุวรรณ วท.ม. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา) Parinya Darasuwon M.Sc. (Health Promotion and Health Education)
ณัฐกฤตา ศิริโสภณ ศษ.ด. (เทคโนโลยีการศึกษา) Nutthakritta Sirisopon Ed.D. (Education Technology)

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Faculty Education, Kasetsart University Bang Khen

Received: March 5, 2024

Revised: May 9, 2024

Accepted: July 1, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 9 ฐานข้อมูลที่มีการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ ได้รับการตีพิมพ์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการเผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการศึกษา พบว่า มีบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 13 เรื่อง ซึ่งมีปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน ได้แก่ เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ และการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนครั้งนี้ นักวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนควรนำองค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ โดยการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงสาเหตุ พฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ เยาวชน

Abstract

This systematic literature review concentrates on the analysis of causal factors of behavior in preventing electronic cigarettes consumption among youth. These considered scholarly articles and research papers are available in the electronic journal 9 database, encompassing publications from 2017 to 2022 in both Thai and English

languages. There were 13 articles matching the criteria, focusing on the following issues: 1) Attitude Toward Behaviors of No Electronic Cigarette Consumption 2) Perceived behaviors: control of behavior in preventing electronic cigarette consumption and 3) Media literacy of electronic cigarettes advertises causal factors of behavior in preventing electronic cigarette consumption among youth (refusal of electronic cigarette consumption and avoidance of stimuli for electronic cigarette consumption) and Key findings on The factors influencing causal factors of behavior in preventing electronic cigarettes consumption among youth offer valuable insights for researchers and individuals concerned with addressing this issue. These insights, derived from the analysis and synthesis of the literature review, can serve as guiding principles for developing models or activities aimed at fostering behavior that prevents electronic cigarette consumption among youth, tailored to the specifics of the local context.

Keywords: Causal factors, Behavior in preventing electronic Cigarette consumption, Youth

บทนำ

การบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ถือว่าเป็นความท้าทายต่อระบบสาธารณสุขระดับโลก ภายในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ส่งผลทำให้การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีอุปสรรคอยู่แล้ว ประสพปัญหามากยิ่งขึ้น เนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบพยายามทุกวิถีทางในการแสวงหากำไรและกลุ่มลูกค้ารายใหม่โดยการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้มีรูปแบบการใช้งานที่แปลกใหม่ พกพา และใช้งานง่าย อีกทั้งมีรูปลักษณ์ที่ทันสมัย กลิ่น สีที่ดึงดูดใจมากถึง 16,000 รสชาติ ส่วนใหญ่เป็นรสขนมหวาน กลิ่นผลไม้ อาหาร เครื่องดื่ม ที่ล้วนเป็นรสชาติที่เด็กและวัยรุ่นชื่นชอบ รวมถึงสารแต่งกลิ่นอื่นที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายอนุमानคิดว่าการปรุงแต่งวิตามิน กลิ่นแระสารต้านอนุมูลอิสระที่ทำให้เกิดความเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีประโยชน์ต่อสุขภาพหรือลดอันตรายต่อสุขภาพและเข้ายวนในการบริโภคมากขึ้น^(1,2) กอปรกับอุตสาหกรรมยาสูบได้โฆษณา ส่งเสริมการขายบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งการลดราคา แลก แจกและแถมบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์กับน้ำยาเติมบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสื่อสังคมออนไลน์ ควบคู่กับการบิดเบือนข้อเท็จจริงบนแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์เพื่อสร้างภาพว่าบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ยี่ห้อธรรมดา ส่งเสริมว่าบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์จะช่วยเลิกบุหรี่ยี่ห้อธรรมดา หรือพยายามนำประเด็นสิทธิเสรีภาพมาผูกโยงกับการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์

ส่งผลทำให้บุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์เป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนประเทศไทยมีอัตราการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์สูงถึงร้อยละ 17^(3,4) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. 2560-พ.ศ. 2565 พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนยังมีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนและการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ของตัวแปรและทำนาย มากกว่าการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน และยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่อธิบายพฤติกรรมบุคคลที่เกิดขึ้น และยังขาดการศึกษาวิจัยขั้นสูงที่มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ซึ่งผลการศึกษาที่อธิบายได้ชัดเจนมากขึ้น⁽⁵⁻⁷⁾ เนื่องจากพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยี่ห้ออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน มีความเกี่ยวข้องในหลายปัจจัยด้วยกันซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบุคคลตามทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)⁽⁸⁾ ซึ่งนักวิจัยและผู้สนใจพัฒนาพฤติกรรมควรพึงระวังในการออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและหากมีการศึกษารูปแบบดังกล่าวจะช่วยเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อค้นพบโดยสามารถนำผลศึกษาไปส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรม

ป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน ในบริบทใกล้เคียงได้มากขึ้นและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในอนาคตต่อไป ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนด้วยกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิด ผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565–2570⁽⁸⁾ เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน อันนำไปสู่การลดอัตราการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มเยาวชนและนักสูบหน้าใหม่ในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนด้วยกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน โดยคัดเลือกบทความวิชาการและบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่จากฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2565

ประชากร

ประชากรที่ใช้สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ บทความวิชาการและบทความวิจัยแสดงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนทั้งภาษาไทย

และภาษาอังกฤษ โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน 2) เป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอนและมีการนำเสนอค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ 3) เป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา และ 4) เป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2565 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยมีขั้นตอนการค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลให้ครอบคลุมกับประเด็นที่ต้องการศึกษาเพื่อให้ได้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1) กระบวนการสืบค้นวรรณกรรม

ค้นหาค้นหาบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกฐานข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นแหล่งข้อมูลสาขาสุขภาพ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสังคมศาสตร์ที่สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เป็นสมาชิก 2) เป็นบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการเผยแพร่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2565 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มีการทบทวนบทความวิชาการและบทความวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) และ 3) มีคำสำคัญที่ใช้ในการค้นหาค้นหาบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) แหล่งข้อมูล

กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ภายในประเทศไทย คือ Thai Journals Online (ThaiJO) เป็นระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทยและระหว่างประเทศ คือ เช่น Scopus, Science Direct, Springer Ling, ISI Web of Science, Sage Journals, PubMed, Tobacco Control และ Taylor & Francis eBooks

3) กระบวนการคัดเลือกและวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล

มีการกระบวนการคัดเลือกและวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า กล่าวคือ บทความวิชาการและบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่กำหนดและมีคุณลักษณะ ดังนี้

3.1.1 คำสำคัญที่ใช้ในการค้นหาบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นพฤติกรรม ได้แก่ “พฤติกรรม” “Behavior” “ป้องกัน” “Preventing” “Prevention” “Avoidance” “บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์” “บุหรี่ไฟฟ้า” “Electronic Cigarette” “E- Cigarette” “E- Cig” “Vape” “Vaping” “Pod” “Electronic smoking devices (ESDs)” “Electronic devices” “Electronic nicotine delivery system” “เด็ก” “children” “เยาวชน” “Youth” “วัยรุ่น” “Adolescent” “Teens” “ปัจจัยเชิงสาเหตุ” และ “Causal Factors”

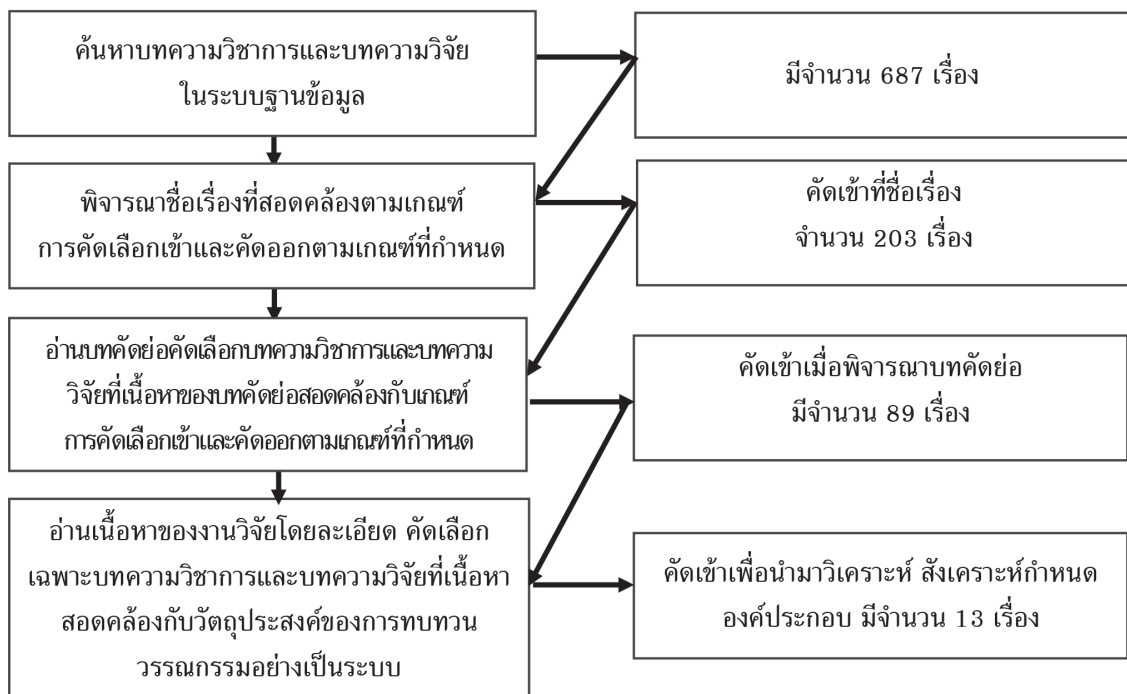
3.1.2 องค์ความรู้จากบทความวิชาการและบทความวิจัย แสดงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน

3.2 เกณฑ์การคัดออก กล่าวคือ บทความวิชาการและบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่กำหนดและมีคุณลักษณะ ดังนี้

3.2.1 ไม่ใช่รายงานวิจัยฉบับเต็ม หรือบทความเข้าถึงเฉพาะบทคัดย่อ

3.2.2 บทความวิชาการและบทความวิจัยเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.3 ขั้นตอนการคัดเลือก ค้นหาบทความซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ดังนี้



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนดำเนินการการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

3.4 ขั้นตอนการวิเคราะห์/สังเคราะห์ตัวแปรที่ค้นพบ

การวิเคราะห์และจำแนกหมวดหมู่ของข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการทบทวนบทความวิชาการและบทความวิจัยอย่างเป็นระบบโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการวิจัยของแต่ละบทความมีผลลัพธ์เหมือนหรือต่างกันอย่างไร นอกจากนี้การพิจารณาตัวแปรที่ค้นพบมีการพิจารณาจากค่าสถิติความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และสังเคราะห์ในรูปแบบการอธิบายเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ค้นพบต่อไป โดยพิจารณาและประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและด้านพันธุกรรมศาสตร์จำนวน 5 ท่าน ทั้งนี้กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความฯ มีความเห็นในการพิจารณาตัวแปรที่ค้นพบไม่ตรงกัน ซึ่งมีวิธีการดำเนินการด้วยการพิจารณาจากเสียงข้างมากเป็นเกณฑ์พิจารณาตัวแปรที่ค้นพบที่มีความเห็นที่ไม่ตรงกัน

ผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน พบว่า การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีอยู่น้อยมาก จำนวน 89 เรื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนและการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ของตัวแปรและทำนายมากกว่าการศึกษาถึงอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน และยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคลที่อธิบายพฤติกรรมบุคคลที่เกิดขึ้น รวมถึงยังขาด

การศึกษาวิจัยขั้นสูงที่มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์อันจะนำมาซึ่งผลการศึกษาที่อธิบายได้ชัดเจนมากขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 13 เรื่องสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนมีความเกี่ยวข้องในหลายปัจจัยด้วยกันซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ถือว่าเป็นหนึ่งทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories) ที่ได้รับความนิยมอย่างมากในการนำมาใช้เป็นกำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา/ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน โดยทฤษฎีปัญญาทางสังคมมักจะถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนที่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมบุคคล⁽⁸⁾

อย่างไรก็ดี การศึกษานี้ พบข้อสังเกตจากการทบทวนงานวิจัยที่นำทฤษฎีปัญญาสังคมในการประยุกต์ใช้ว่ายังมีความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา และไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตามแนวคิดของทฤษฎีปัญญาสังคมกำหนดเท่าที่ควร และสิ่งสำคัญคือต้องแยกประเด็นการป้องกันบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ออกจากการป้องกันและการเลิกสูบบุหรี่ธรรมดา โดยไม่สามารถอ้างอิงหรือคัดลอกแนวทางป้องกันของผลิตภัณฑ์หนึ่งมาใช้กับอีกผลิตภัณฑ์หนึ่งได้

จากแนวคิดข้างต้นนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยและนักวิชาการทั้งประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องสามารถระบุปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนนั้นเป็นสหปัจจัยที่น่าสนใจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน

ตัวแปรสังเกต	ตัวแปรแฝง	งานวิจัยสนับสนุน	แนวคิดทฤษฎี
เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ^(7,10-13)	- ความเชื่อเรื่องการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ - การประเมินผลลัพธ์ของความเชื่อเรื่องการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์	- Simpson et al. 2022 - Hershberger et al. 2018 - Melinda et al. 2021 - Emily S, Brittani C, and Cheryl L. 2019 - Aljaberi F, and Yao J. 2021	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ⁽¹⁴⁾
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ^(7,12)	- ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม - การรับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองต่อการควบคุมตนเอง	- Simpson et al. 2022 - Emily S, Brittani C, and Cheryl L. 2019	
การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ^(12,15,16)	- การเข้าถึงสื่อ - การวิเคราะห์สื่อ - การประเมินค่าสื่อ	- Emily S, Brittani C, and Cheryl L. 2019 - Steven H. 2020 - Sookyung K, et al, 2021 - Hongying et al, 2022	การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ⁽¹⁷⁾

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถสรุปได้ว่า เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ความคิดเห็นของนักเรียนต่อการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเชื่อเรื่องการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ความคิดเห็นของนักเรียนเกี่ยวกับผลดีและผลเสียต่อการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ เป็นการประเมินว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ การเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน และกฎระเบียบและมาตรการทางสังคม และ 2) การประเมินผลลัพธ์ของความเชื่อเรื่องการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง การให้คุณค่าต่อผลที่เกิดขึ้นจากการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ การเป็นที่ยอมรับจากเพื่อนและกฎระเบียบและมาตรการทางสังคม

จากงานวิจัยที่ผ่านมา เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ

บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน ($\beta=0.215$, $p<0.001$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าหากเยาวชนมีเจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์สูง จะส่งผลให้มีแนวโน้มในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์และไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในอนาคต^(7,10-13)

2. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ความเชื่อของเยาวชนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองในการปฏิบัติว่าควบคุมตนเองว่าเป็นเรื่องน่าเบื่อ ยุ่งยาก และง่ายเมื่อได้รับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ให้สำเร็จได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยที่มี

ผลต่อพฤติกรรม และการรับรู้อำนาจในการควบคุมตนเองต่อการควบคุมตนเอง จากสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ การออกแบบผลิตภัณฑ์และการปรุงแต่งกลิ่นและรส และการเข้าถึงและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ การกำกับตนเองเป็นการสร้างความเชื่อมั่นของเด็กและเยาวชนให้สามารถในการควบคุมตนเองจากการเผชิญหน้าในสถานการณ์/เหตุการณ์ที่จะชักนำไปสู่การบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์^(7,12) ซึ่งอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ สามารถอธิบายได้ว่า หากเพื่อนสนิททำหายหรือชวนให้ใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์เป็นเรื่องง่ายมาก ที่ฉันจะปฏิเสธเพื่อนทันที แม้ว่าบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์จะมีรูปลักษณะทันสมัย พกพาง่าย ราคาถูก สามารถซื้อได้ง่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เป็นเรื่องง่ายมาก ที่ฉันจะไม่ใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์หรือมีอิทธิพลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ทั้งเรื่องน่าเบื่อและยุ่งยากต่อการหลีกเลี่ยงในการเผชิญหน้าในสถานการณ์/เหตุการณ์ที่จะชักนำไปสู่การบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์

3. การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสามารถสรุปได้ว่า การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง ความสามารถของนักเรียนในการเข้าถึงสื่อ การวิเคราะห์สื่อ และการประเมินค่าสื่อเพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ อันนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน (AOR=1.2; 95% CI=1.1, 1.2; $p<0.0001$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าหากเยาวชนมีการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์สูง จะส่งผลให้มีแนวโน้มในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์และไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในอนาคต^(12,15,16)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มเยาวชนเป็นสหปัจจัย ได้แก่ เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ และ การรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน เนื่องจากเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้มีรูปแบบการใช้งานที่แปลกใหม่ พกพา และใช้งานง่าย อีกทั้งมีรูปลักษณะที่ทันสมัย กลิ่น สีที่ดึงดูดใจ การโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น^(2,15) ส่งผลทำให้ค่านิยมในการใช้ชีวิตและทัศนคติเชิงลบต่อการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเด็กและเยาวชนเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการสื่อสารข้อมูลโทษพิษภัยไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการเข้าถึงสื่อของเยาวชน^(1,3,6,13) ดังนั้น อาจมีการศึกษาในลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบเป็นลำดับ ซึ่งเป็นวิธีวิจัยที่ต้องได้ผลการวิจัยในแต่ละระยะเพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในระยะต่อไป ซึ่งระยะที่หนึ่งอาจเป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Factor Relational Research) เพื่อศึกษาและพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนจากปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มเยาวชนเพื่อนำไปสู่การออกแบบเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนอย่างยั่งยืนต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 13 เรื่อง จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้รับความนิยมในการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และ

สังคมศาสตร์ เป็นต้น จำนวน 9 ฐานข้อมูลที่มีการทบทวน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์เป็น ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผ่านการวิเคราะห์เนื้อหาและ จำแนกหมวดหมู่ของข้อมูล รวมถึงการพิจารณาและ ประเมินผลจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบและด้านพันธุกรรมศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งพบตัวแปรสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของ เยาวชน ได้แก่ เจตคติในการไม่บริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการ บริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ และการรู้เท่าทันสื่อ โฆษณายูทูปหรืออิเล็กทรอนิกส์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ บริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทำให้ ได้ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ บริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน โดยนักวิจัยหรือ ผู้ที่สนใจสามารถนำองค์ประกอบของปัจจัยเชิงสาเหตุฯ จากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริม พฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของ เยาวชน และบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรทาง สาธารณสุขสามารถนำองค์ประกอบที่พบใช้เป็นแนวทาง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนตามบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ต่อไป ดังนั้น ควรมีการวิจัยครั้งต่อไป เช่น การศึกษาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของ โมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรม ป้องกันการบริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์และการพัฒนารูปแบบ/โปรแกรม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการบริโภคบุหรี่ หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนที่สอดคล้องกับองค์ประกอบ ของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการบริโภค บุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชน

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้ ไม่ได้ประเมินคุณภาพของบทความ วิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีการ รวบรวมบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้รับความนิยมในการ ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ วิทยาศาสตร์ สุขภาพ และสังคมศาสตร์ เป็นต้น จำนวน 9 ฐานข้อมูล ที่มีการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผลงานที่ได้รับการ ตีพิมพ์เป็นผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยเรื่องนี้ เป็นผลมาจากการประมวล การวิจัย วรรณกรรม และเอกสารวิชาการทั้งประเทศไทย และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องในการวิจัย หัวข้อเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการ บริโภคบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของเยาวชนในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร”

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products [internet]. 2021 [cited 2023 August 1]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
2. Krusemann EJZ, Boesveldt S, de Graaf K, Talhout R. An E-Liquid Flavor Wheel: A Shared Vocabulary Based on Systematically Reviewing E-Liquid Flavor Classifications in Literature. Nicotine Tob Res 2019; 21(10): 1310-9.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke [internet]. 2023. [cited 2023 September 30]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>

4. Department of Health Ministry of Public Health, Thailand and World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey 2021 [internet]. 2021 [cited 2023 September 1]; Available from: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/946>
5. Doherty J, Davison J, McLaughlin M, Giles M, Dunwoody L, McDowell C, et al. Prevalence, knowledge and factors associated with e-cigarette use among parents of secondary school children. *Public Health Pract (Oxf)* 2022; 4:100334.
6. Dai HD, Ratnapradipa K, Michaud TL, King KM, Guenzel N, Tamrakar N, et al. Vaping Media Literacy, Harm Perception, and Susceptibility of E-Cigarette Use Among Youth. *Am J Prev Med* 2022; 63(5): 852 – 60.
7. Simpson EEA, Davison J, Doherty J, Dunwoody L, McDowell C, McLaughlin M, et al. Employing the theory of planned behaviour to design an e-cigarette education resource for use in secondary schools. *BMC Public Health* 2022; 22(276): 1–22.
8. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565–2570. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2565.
9. Bandura A, National Inst of Mental Health. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York: Prentice-Hall, Inc.; 1986.
10. Hershberger A, Connors M, Um M, Cyders MA. The Theory of Planned Behavior and E-cig Use: Impulsive Personality, E-cig Attitudes, and E-cig Use. *Int J Ment Health Addict* 2018; 16(2): 366 – 76.
11. Ickes MJ, Zidzik O, Vanderford NL. Engaging Rural High School Youth in E-cigarette Prevention and Advocacy. *J Interprof Health Promot* 2021; 3(2): 3.
12. Scheinfeld E, Crook B, Perry CL. Understanding Young Adults’ E-cigarette Use through the Theory of Planned Behavior. *Health Behav Policy Rev* 2019; 6(2): 115–27.
13. Aljaberi FKD, Yao-Jr JJ. Predicting Electronic Cigarette Use Among Adults in the Philippines. *Asia-Pacific Journal of Health Management* 2021; 16(3): 243–8.
14. Ajzen I, Fishbein M. The Influence of Attitudes on Behavior [internet]. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005 [cited 2023 September 19]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2005-04648-005>
15. Kelder SH, Mantey DS, Van Dusen D, Case K, Haas A, Springer AE. A Middle School Program to Prevent E-Cigarette Use: A Pilot Study of “CATCH My Breath”. *Public Health Rep* 2020; 135(2): 220 –9.
16. Kim S, Lee H, Lee JJ, Hong HC, Lim S, Kim J. Psychometric Properties of the Korean Version of the Smoking Media Literacy Scale for Adolescents. *Front Public Health* 2022; 9: 731778.
17. Nutbeam D, Muscat DM. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 2021; 36(6): 1578 – 98.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

The Effectiveness of Fluke Free and Bile Duct Cancer Program to Enhance Upper Primary School Students' Performance, The Area of Health District 7th, The Northeast of Thailand

พีรญา พาวอนตา ส.ม. (ภาวะผู้นำนวัตกรรมสุขภาพ)

วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ส.ม. (สุขภาพชุมชน)

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน)

สาขาสภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

Peeraya Paonta M.P.H (Leadership and Innovative Health Management)

Veena Isarangura Na Ayudhya M.P.H (Community Health)

Thidarat Lertwittayakul Ph.D. (Curriculum and Instruction)

Major of Leadership and Innovative Health

College of Asian Scholars

Received: February 23, 2024

Revised: June 25, 2024

Accepted: June 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 2 โรงเรียน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่พัฒนาขึ้น และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบไปด้วย 1) ความรู้ 2) คุณลักษณะอันพึงประสงค์ 3) ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค 4) พฤติกรรมการป้องกันโรค และ 5) ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมฯ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนานำเสนอ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากการใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ระดับคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ รวมถึงความพึงพอใจภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X} = 4.84$, $S.D. = 0.17$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี คุณลักษณะอันพึงประสงค์เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี ภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

The quasi-experimental research in this instance aims to investigate the effectiveness of an immunization program designed to enhance immunity against Liver fluke and bile duct cancer among upper primary school students in Health District 7, Northeastern region. The study sample consists of upper primary school students from two schools in Health District 7, divided into two groups (experimental and control), with each group comprising 35 students. The research tools utilized include the developed immunization program for Liver fluke and bile duct cancer, along with data collection conducted through a questionnaire covering: 1) knowledge, 2) desired characteristics, 3) immunization process skills, 4) disease prevention behaviors, and 5) satisfaction with the program. Statistical analyses employed for data analysis include mean, percentage, standard deviation, and comparative analysis using paired t-test and independent t-test.

The study found that after the implementation of the immunization program for Liver fluke and bile duct cancer, the sample group showed significantly increased levels of knowledge, desirable characteristics, immunization process skills, and high-level health behaviors, compared to before using the program, with statistical significance at the .05 level. Satisfaction levels after receiving the program were also found to be very high ($\bar{X}=4.84$, S.D.=0.17) among the sample group. Additionally, when comparing between the experimental and control groups, it was found that there were statistically significant differences in knowledge related to immunization for Liver fluke and bile duct cancer, desirable characteristics for immunization against Liver fluke and bile duct cancer, immunization process skills, and health behaviors, all at the 0.05 level.

Keywords: Program to strengthen immunity against liver fluke and bile duct, liver fluke, bile duct cancer, Immunity to liver and bile duct fluke disease

บทนำ

ประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในโลก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือถูกระบุว่ามีความชุกของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุดในประเทศไทย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากถึง 6,000,000 คน ทั่วประเทศคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีประมาณ 10,000-20,000 รายต่อปีเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 14,000 คน (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่ตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีในระยะสุดท้าย ส่งผลให้มีผู้รอดชีวิตจำนวนน้อย และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-60 ปี เป็นหัวหน้าหรือกำลังสำคัญของครอบครัว ถือเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก⁽¹⁾

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเยื่อของท่อน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้หายขาด (Curative Treatment) ในปัจจุบันสามารถทำได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น แต่การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ มีความซับซ้อนกว่าจึงต้องอาศัยวิธีการอื่นร่วมด้วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การพัฒนาวิธีการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด รวมถึงการพัฒนาวิธีการตรวจและวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นเพื่อนำไปสู่การรักษาและเฝ้าระวังโรค จึงมีความสำคัญในการทำควบคู่กันไป⁽²⁾ มะเร็งท่อน้ำดีพบทั้งในเพศชายและหญิง มีผู้ติดเชื้ออายุน้อยที่สุดเพียง 4 ปีเท่านั้น⁽³⁾ โดยเชื่อว่าสาเหตุก่อโรคที่สำคัญคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* (OV) ซึ่งติดต่อสู่คนโดยการกิน

ปลาในวงศ์ปลาตะเพียนเกล็ดขาวที่มีพยาธิใบไม้ปนเปื้อนแบบปรุนิดิบ หรือปรุนิดิบ ๑ ดิบ ๑⁽⁴⁾

คณะรัฐมนตรีมีมติให้การแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นวาระแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการสำคัญเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2566 มอบหมายให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รับผิดชอบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และส่งเสริมให้เกิดการเฝ้าระวังเตือนภัยพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะเรื่องการกินปลาน้ำจืดดิบ เป้าหมาย 525 ตำบล ในพื้นที่ 30 จังหวัด มุ่งลดอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ให้เหลือน้อยกว่า ร้อยละ 2 ก่อนขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 - 2568 คือ อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ 1 และอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสาม

จากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่า การติดเชื่อพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องเร่งดำเนินการแก้ไข โดยบูรณาการการจัดการศึกษากับสาธารณสุข เพื่อสามารถดำเนินการร่วมกันในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ จากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนจากการแก้ปัญหาแบบเชิงรับเป็นแบบเชิงรุกโดยการพัฒนา Active mobile team แต่ยังคงขาดการดำเนินการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง และยังมีข้อจำกัดในการเสริมสร้างบทบาทที่มีส่วนร่วมและพึ่งตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยสร้างนิสัยของคนรุ่นใหม่ เช่น นักเรียน เพราะอายุน้อยและสามารถปลูกฝังความนิยมในการรับประทานปลาร้าสุกได้ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคอย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระดับประถมศึกษา โดยใช้กิจกรรมและประสบการณ์เป็นฐาน⁽⁵⁾ มาวิเคราะห์และนำมาปรับใช้จัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียน

ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 7 ซึ่งนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีอิทธิพลทางด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) ในอนาคต ทั้งยังเป็นการเสริมสร้างและขยายองค์ความรู้และนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชากรให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนแต่ละแห่งได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากใช้โปรแกรม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) แบบเปรียบเทียบสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ

มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Group pretest-posttest Design) ในการดำเนินการให้ความรู้ทักษะกระบวนการ คุณลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพดี

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด จำนวน 2,839 โรงเรียน และจำนวนนักเรียนทั้งหมด จำนวน 121,641 คนที่กำลังศึกษา ในปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽⁶⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Multi-stage sampling) จากระดับจังหวัด อำเภอ ขนาดโรงเรียน ได้จังหวัดละ 1 โรงเรียน จำนวน 4 โรงเรียน จากนั้นทำการสุ่มห้องเรียนอย่างง่าย (Simple random sampling) นำมาจับฉลากเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 1 โรงเรียน เป็นโรงเรียนระดับประถมศึกษาขนาดเดียวกัน สภาวะแวดล้อมคล้ายคลึงกัน โรงเรียนละ 35 คน เปรียบเทียบกันในอัตราส่วน 1:1 ระยะเวลาทำการศึกษา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อายุ 9 - 12 ปี เพศชายหรือหญิง โดยศึกษาอยู่ในโรงเรียนที่ได้รับการสุ่มอย่างน้อย 1 ปี สมควรใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมและได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ นักเรียนที่มีโรคประจำตัว เกิดการเจ็บป่วยระหว่างการทดลอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการศึกษา หรือสภาพร่างกายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ย้ายโรงเรียน หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่พัฒนาจากหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภูมิภาค ตะวันออกเฉียงเหนือระดับประถมศึกษา โดยใช้กิจกรรมและประสบการณ์เป็นฐาน (KAPH)⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 2 ด้าน 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ ด้านความรู้ (K) จำนวน 4 หน่วยการเรียนรู้ และด้านการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน (APH) จำนวน 1 หน่วยการเรียนรู้ รวมเวลาตลอดหลักสูตร 20 ชั่วโมง โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ (Knowledge: K) ด้านคุณลักษณะ (Attributes: A) ด้านทักษะกระบวนการ (Process Skills: P) และด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Healthy Habits: H)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาค่า IOC และค่าความเหมาะสม (CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคจำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งท่อน้ำดี 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ไม่น้อยกว่า 0.92 ทุกข้อ นำไปทดสอบใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากร จำนวน 30 คน หาค่าดัชนีความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและประเมินผลความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมฯ นำเสนอค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale)⁽⁷⁾ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด ค่าคะแนน 1.00 - 1.50, น้อย ค่าคะแนน 1.51 - 2.50, ปานกลาง ค่าคะแนน 2.51 - 3.50, มาก ค่าคะแนน 3.51 - 4.50 และมากที่สุด ค่าคะแนน 4.51 - 5.00

สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากสถานศึกษาและขอความยินยอมอาสาสมัครในการใช้ผลคะแนนการประเมินความรู้ก่อนและหลังได้รับการสอนด้วยหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับโดยไม่เปิดเผยระดับชั้น และชื่อ-สกุล ของอาสาสมัครครอบคลุมถึงการรายงานผล โดยรายงานเพียงค่าคะแนน และสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และ

กลุ่มควบคุม 35 คน ในกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน เพศชาย 19 คน (ร้อยละ 54.29) เพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 45.71) ส่วนใหญ่มีอายุ 11 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 45.71) ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา 24 คน (ร้อยละ 68.58) ส่วนใหญ่ไม่กินปลาในแหล่งน้ำชุมชนจำนวน 20 คน (ร้อยละ 57.14) ด้านประวัติการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า จำนวน 33 คนไม่เคยเข้ารับการคัดกรอง (ร้อยละ 92.49)

2. การเปรียบเทียบระดับความรู้ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired T-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.001$ ส่วนกลุ่มควบคุมภายหลังการใช้โปรแกรมกับก่อนการใช้โปรแกรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-test

ด้าน	N	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	P-Value
ความรู้							
ก่อนทดลอง	35	9.29	2.67	7.51	6.63 – 8.40	17.21	<0.001
หลังทดลอง	35	16.80	0.58				
คุณลักษณะอันพึงประสงค์							
ก่อนทดลอง	35	99.00	6.89	12.43	9.49 – 15.37	8.59	<0.001
หลังทดลอง	35	111.43	5.60				
ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค							
ก่อนทดลอง	35	17.03	3.78	3.20	2.08 – 4.32	5.79	<0.001
หลังทดลอง	35	20.23	1.17				
พฤติกรรมสุขภาพ							
ก่อนทดลอง	35	48.83	2.19	3.06	2.01 – 4.10	5.93	<0.001
หลังทดลอง	35	51.89	3.06				

3. การเปรียบเทียบระดับความรู้ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent T-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คุณลักษณะที่พึงประสงค์เพื่อการเสริมสร้าง

ภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับการศึกษาด้วยโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (กลุ่มทดลอง) มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมฯ (กลุ่มเปรียบเทียบ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยสถิติ Independent t-test

โปรแกรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\bar{d}$	95%CI		t	df	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	Upper			
ระดับความรู้	14.86	0.43	6.66	1.76	8.20	7.58	8.82	26.71	38.02	<0.001
คุณลักษณะอันพึงประสงค์	99.82	5.18	92.80	9.11	7.03	3.48	10.58	3.97	53.87	<0.001
ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	20.23	1.17	19.11	1.98	1.11	0.34	1.89	2.87	68.00	0.06
พฤติกรรม	31.89	1.43	28.66	3.34	3.23	1.99	4.47	5.25	46.05	<0.001

4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจหลังจากการอบรมในโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังจากการอบรมในโปรแกรมฯ ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 4.84 ซึ่งอยู่ในระดับที่มากที่สุด เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า ด้านวิทยากร มีคะแนนเฉลี่ย 4.77 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสถานที่ มีคะแนนเฉลี่ย 4.64 อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความรู้ความเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ย 4.83 อยู่ในระดับมากที่สุด และด้านการนำความรู้ไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.69 อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจหลังจากการอบรมในโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านวิทยากร			
การถ่ายทอดความรู้ชัดเจน	4.71	0.67	มากที่สุด
มีเนื้อหา ครบถ้วน ครอบคลุมทุกกิจกรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
ใช้เวลาถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสม	5.00	0.00	มากที่สุด
การตอบข้อซักถามได้เข้าใจและถูกต้อง	4.77	0.55	มากที่สุด
เชื่อมโยงให้เห็นสถานการณ์จริงได้ดี	4.43	0.88	มาก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจหลังจากการอบรมในโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี (ต่อ)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ภาพรวมด้านวิทยากร	4.77	0.30	มากที่สุด
ด้านสถานที่			
สถานที่สะอาด ร่มรื่น ปลอดภัย และสวยงาม	5.00	0.00	มากที่สุด
ความพร้อมของอุปกรณ์สื่อการสอน	5.00	0.00	มากที่สุด
ภาพรวมด้านสถานที่	4.64	0.51	มากที่สุด
ด้านความรู้ความเข้าใจ			
ความรู้ความเข้าใจเนื้อหาแหล่งเรียนรู้	4.83	0.38	มากที่สุด
ด้านการนำความรู้ไปใช้			
สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	5.00	0.00	มากที่สุด
คาดว่าสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้	4.63	0.84	มากที่สุด
ภาพรวมด้านการนำความรู้ไปใช้	4.69	0.50	มากที่สุด
ภาพรวม	4.84	0.17	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้การใช้โปรแกรมฯในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 71.43) อาจเป็นผลเนื่องจากว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเนื้อหาวิชาที่เรียนในด้านที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษา และพลศึกษาตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่ได้มีระบุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จึงอาจส่งผลให้นักเรียนไม่มีความรู้เฉพาะในด้านนี้ ทำให้ระดับความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับที่ต่ำได้ ซึ่งหลังจากการใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น โดยทุกคนมีระดับความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 100) เป็นผลเนื่องมาจากรูปแบบโปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสม เนื้อหามีความละเอียดชัดเจนทั้งใน

ด้านความรู้คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและด้านพฤติกรรม ซึ่งมีความเหมาะสมของวิธีการถ่ายทอด เช่น การจับกลุ่มให้เล่นเกมส์ การนำเสนอสื่อต่างๆ มาประกอบ มีการตอบคำถาม มีการแข่งขันระหว่างกลุ่มและมีรางวัลสำหรับผู้ชนะ การตอบคำถามส่งผลให้นักเรียนเกิดความสนใจ ไม่เบื่อหน่าย และเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้นักเรียนมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มสูงขึ้นหลังการใช้โปรแกรมฯ นอกจากนั้นนักเรียนยังมีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังจากการใช้โปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับความรู้

คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและระดับพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นับว่าเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ สำหรับสมมุติฐานข้อที่ 3 ภายหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับดีมาก จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด $\bar{X} = 4.84$, S.D.=0.173 นับว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคณะที่ได้ให้ข้อมูลที่จัดขึ้นในรูปแบบของสื่อประสมที่ได้ระบบการผลิต และนำสื่อการสอนที่สอดคล้องกับเนื้อหา ไปจัดชุดกิจกรรมการเรียนรู้ การให้ความรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอน และการฝึกอบรม เป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความถนัด หรือทักษะความชำนาญให้เกิดแก่ตัวผู้เรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรพิตพัฒนกระแสน และจุฬารณย์ โสตะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามุนาม อำเภอขามุนาม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาแบบกลุ่มแกนนำมีคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ 8.50 คะแนน ภายหลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 10.27 คะแนน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร บุญยงค์⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.23) และภายหลังการดำเนินการพัฒนาแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.77)

2. ด้านคุณลักษณะอันพึงประสงค์เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งประกอบไปด้วยเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดี คุณค่าของการปฏิบัติตนเพื่อมีสุขภาพที่ดี และความรับผิดชอบต่อตนเองครอบครัว และสังคม รวมถึงด้านทักษะ กระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในภาพรวมของกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลจากกระบวนการเรียนการสอนตามโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทปัญหาในชุมชนเป็นฐานมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่แตกต่างจากที่มีในห้องเรียนเพื่อดึงดูดความสนใจของกลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาการทำการวิจัย ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับผู้เรียน มุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ด้วยความเป็นเหตุเป็นผล ด้วยเทคนิคการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย การยกตัวอย่างเปรียบเทียบให้เห็นถึงผลกระทบในเชิงลบในกระบวนการจัดกิจกรรมในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น นักเรียนได้มีการร่วมดำเนินการเสนอแนวคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรม จึงทำให้เกิดความซาบซึ้งเข้าใจในต้นเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทโรสมิ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ทำการศึกษการพัฒนาแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดบึงกาฬโดยผลการศึกษาพบว่าหลังจากการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะด้านการจัดการตนเอง เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร บุญยงค์⁽⁹⁾ ที่ได้ทำการศึกษการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย โดยผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.54) และภายหลังการดำเนินการพัฒนาแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.79) และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ อนุรัตน์ และพรรณรัตน์ เป็นสุข⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้

ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาต้นแบบ เขตสุขภาพที่ 9 โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรมนักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

3. เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับความรู้ ระดับคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าความรู้เกี่ยวกับเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คุณลักษณะที่พึงประสงค์เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะกระบวนการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค และพฤติกรรมสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน ซึ่งผลเนื่องจากกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ เน้นการใช้ ปัญหาและประสบการณ์เป็นฐานในการขับเคลื่อนขั้นตอน การวิจัยและโปรแกรมออกแบบให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ ที่แปลกใหม่แตกต่างจากกิจกรรมในโรงเรียนสามาติงดูต ความสนใจกลุ่มทดลองเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้โปรแกรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการจัดกิจกรรม ในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่กำลังให้ ความสนใจกับการเรียนรู้ และการศึกษาในสิ่งใหม่ ๆ ดังนั้นถ้านักเรียนกลุ่มใดที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียน การสอนที่มีรูปแบบที่เหมาะสม การให้ความรู้เฉพาะด้าน ด้วยวิธีการต่าง ๆ ก็จะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และรับทราบ เกิดความเข้าใจในองค์ความรู้มากกว่ากลุ่มที่ได้เรียนรู้โดย วิธีการทั่วไป หรือกลุ่มที่ต้องเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจากผล การวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของบวรพิพัฒน์ กระแสเสน และจุฬารณย์ โสตะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใน ตำบลชานูมาน อำเภอลำดวน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา

รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ปิยะพันธ์⁽¹²⁾ ที่ได้ ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยผลการศึกษา พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกัน ควบคุมโรคเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ การศึกษาของภาคภูมิ สายหยุด, สุทธิพร มูลศาสตร์และ เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ⁽¹³⁾ ที่ทำการศึกษาประสิทธิผล ของรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผลการศึกษาพบว่าหลัง การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ควรกำหนด แกนนำเครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในการ ขับเคลื่อน เช่น แกนนำนักเรียน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ในโรงเรียน อีกทั้งต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ที่มีปัญหาด้านสาธารณสุขในประเด็นพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการเกิด โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างยั่งยืน
2. ควรนำเนื้อหาด้านปัญหาสาธารณสุขในประเด็น พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเข้าไปจัดการเรียน การสอนในโรงเรียน โดยใช้รูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ที่แตกต่างจากกิจกรรมในโรงเรียน เพื่อเพิ่มโอกาสใน การเรียนรู้การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมี ความเหมาะสมในการดำเนินงานให้ความรู้ในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นควรเผยแพร่ โปรแกรมให้กับกลุ่มนักเรียนในระดับชั้นอื่นและจังหวัด

ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น

4. ควรปรับการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้สอดคล้องกับมาตรการทางสังคมตามบริบทของพื้นที่ที่กำหนดร่วมกันโดยประชาชนในแต่ละชุมชนโดยเน้นให้มีกิจกรรมเชิงรุกในช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพื้นที่อื่น ๆ นอกเหนือจากกลุ่มนักเรียนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เช่น กลุ่มประชากรที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงใกล้แหล่งน้ำจืด หรือในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของนักเรียน ผู้นำชุมชน ครู และผู้ปกครองในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- เทพพร มังธานี. วัฒนธรรมไทย-ลาวกับการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี: กรณีศึกษากลุ่มน้ำสงครามตอนกลาง. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(55): 60-82.
- ณรงค์ ชันดีแก้ว. เมื่อพิชิตเขาลูกแรก: มหาวิทยาลัยขอนแก่นผลักดันการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เป็นวาระแห่งชาติ. วารสารโครงการ CASCAP โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2559; 2(6): 5-8.
- ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เกษร แก้วโนนจั่ว, สุมาสี จันทลักษณ์. ประสิทธิภาพของหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี 2565; 1(1): 44-55.
- จิตรารัตน์ เลิศวิทยากุล, อีรัชย์ เนตรณอมศักดิ์, วัชรินทร์ ลอยลม. ประสิทธิภาพการทดลองใช้หลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2563; 46(3): 381-92.
- อีรัชย์ เนตรณอมศักดิ์. การพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ในระดับประถมศึกษา. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-10.
- Likert R. The Method of Constructing and Attitude Scale. Attitude Theory and Measurement. Fishbein, Martin, Ed. New York: Wiley & Son; 1967.
- บวรพิพัฒน์ กระแสเสน, จุฬารัตน์โสตะ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลขามุนี อำเภอนามน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(2): 91-103.
- สมจิตร บุญยงค์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลกุดบง อำเภอน้ำโสม จังหวัดหนองคาย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(2): 275-82.
- หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาพร สุวรรณ, สุรีย์ จันทโรมณี. การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารควบคุมโรค 2564; 47 (เพิ่มเติม 1): 848-58.
- เบญจมาศ อุนรัตน์, พรณรัตน์ เป็นสุข. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในสถานศึกษาด้านแบบ เขตสุขภาพที่ 9. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(1): 175-92.

12. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็ง ท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2566; 21(1): 52-68.
13. ภาควัฒน์ สายหยุด, สุทธิพร มูลศาสตร์, เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ. ประสิทธิผลของรูปแบบการขับเคลื่อน ชุมชนเพื่อควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลทหารบก 2566; 24(3): 232-42.

ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

Results of The Development of Guidelines and Mechanisms for Disease Prevention and Control Using The Concept of Mechanism of District Health Board in Area Health Region Number 7

กังสดาล สุวรรณรงค์ พย.ม. (พยาบาลชุมชน)

ชุตินา วชรกุล ส.ม. (สาธารณสุข)

เนตรชนก พันธุ์สุระ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

รัตนารณียศศรี ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Kangsadal Suwannarong M.S.N. (Community Health Nursing)

Chutima Wachrakul M.P.H. (Public Health)

Natchanok Phansura B.Sc. (Public Health)

Rattanaorn Yossi M.Econ. (Business Economics)

Office of Disease Prevention and Control, Region 7 Khon Kaen

Received: March 4, 2024

Revised: June 7, 2024

Accepted: July 8, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะเวลาการวิจัยเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2565 การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ วางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) สะท้อนผลลัพธ์ (Reflecting) ระยะที่ 3 การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 ยังไม่มีแนวทางและกลไกการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ชัดเจน ระยะที่ 2 วางแผนการพัฒนา นำความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากำหนดได้กลยุทธ์คือ GDL2C คือ G:Goal กำหนดเป้าหมายแนวทางการพัฒนาร่วมกัน D: Deployment สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน L: Learning การปรับปรุงวิธีทำงาน พัฒนาศักยภาพ แบ่งปันความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ C: Collaboration การเชื่อมโยงสร้างการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน C: Continuous ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ระยะที่ 3 ติดตามประเมินผล ผลลัพธ์การใช้แนวทางและกลไกการพัฒนา พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการนำข้อมูลมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจมาวิเคราะห์และสอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาในพื้นที่ มีการสื่อสารถ่ายทอดและกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ชัดเจน รูปแบบกิจกรรมทำงานเชิงรุกมากขึ้นและผลลัพธ์ของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่น่า่องเป็นไปตามเกณฑ์ที่อำเภอวางไว้ ดังนั้นแนวทางและกลไกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันได้

คำสำคัญ: ผลการพัฒนาแนวทางและกลไก การป้องกันควบคุมโรค การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This action research aimed to develop guidelines and mechanisms for disease prevention and control, using the concept of improving quality of life at the district level in Area Health Region Number 7. The key informants included members of the District Health Board (DHB), administrators, and stakeholders. Research period was from October 2019 to December 2022. The research was divided into three phases. Phase I involved studying the situation and problem conditions. Phase II developed guidelines and mechanisms for disease prevention and control, addressing health hazards through the mechanism of the District Quality of Life Development Committee, using the PAOR process comprising four steps: planning, action, observation, and reflecting. Phase III involved evaluation, data were collected through interviews, focus group discussions, and in-depth interviews. The data were analyzed using descriptive statistics and content data synthesis. The results of the study found that Phase I did not have clear guidelines and management mechanisms for improving the quality of life at the district level. Phase II planned development by taking the needs of stakeholders into determination, resulting in the formulation of the GDL2C framework. This framework included Goal(G) strategy, goals, and development guidelines; Deployment (D) strategies to communicate and convey for mutual understanding; Learning (L) initiatives aimed at improving working methods, sharing knowledge, and developing potential; Collaboration (C) efforts to create participation among the public, private, and public sectors; and Continuous (C) measures to ensure the continuity of operations. Phase III involved follow-up and evaluation. The results of using development guidelines and mechanisms, along with lessons learned, were examined. It was found that the CSOs had shared goals. Data on health, social, and economic dimensions were used for analysis and were consistent with the selection of local issues. Communication was conveyed to stakeholders and goals were clearly defined. The activity format became more proactive and the results of disease and health hazard prevention and control in the pilot areas aligned with the criteria set by the district. Therefore, the developed guidelines and mechanisms could be used in the management, prevention, and control of diseases and health hazards in Public Health Region 7, consistent with the current situation.

Keywords: Results of the development, Disease prevention and control, Mechanism of District Health Board

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งกว่าเดิมจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ และการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง⁽¹⁾ โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อ

ตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2564)⁽²⁾ จากการสังเคราะห์บทเรียนประสบการณ์ขององค์การอนามัยโลกสะท้อนให้เห็นถึง ทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับนานาชาติให้ความสำคัญของการบูรณาการระหว่างบริการและการดูแลสุขภาพ

กับบริการและการดูแลสังคมจาก “ระบบที่มีโรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง” เป็น “ระบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”⁽³⁾ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ประเทศไทยดำเนินการพัฒนานำร่องบางพื้นที่ซึ่งเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัยโดยขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอ รัฐบาลออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽⁴⁾ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ และได้มีการลงนามความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ⁽⁵⁾ มีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการโดยประชาชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐร่วมเป็นคณะกรรมการซึ่งร่วมกันแก้ปัญหาตามสภาพของพื้นที่ตนเอง

ระบบบริการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชากรเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญในคุณค่าศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาวะของประชาชนทุกคนในอำเภอมีเป้าหมายเดียวกัน “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” (Thailand Caring and Sharing Society)⁽⁶⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอเพื่อแก้ไขสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยมีนโยบายในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชนไทยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามแนวทางประชารัฐคือราชการและประชาชนร่วมกันดำเนินการตั้งแต่ระดับความคิดเห็นประชาชน พัฒนานโยบายด้านสุขภาพไปจนถึงการใช้สุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (District Health Board: DHB)

ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและการสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่⁽⁷⁾ กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับพื้นที่ เป็นกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่แต่งตั้งภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน พชอ. ของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวมมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผลการทำงานระดับกระทรวงด้าน พชอ. ที่ผ่านมาใช้เกณฑ์ UCCARE ประเมินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ⁽⁵⁾ ซึ่งมีปัจจัยการสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างและข้อจำกัดหลายประเด็น เช่น การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการสนับสนุนวางแผนในการตัดสินใจแก้ปัญหาในชุมชน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ พชอ. และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วนมาร่วมแก้ไขปัญหายังไม่คล่องตัว สำหรับการดำเนินงานของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่ายังไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อน พชอ. ที่ชัดเจน ระบบข้อมูลขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่และขาดการสะท้อนข้อมูลเพื่อร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ การกำหนดประเด็นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอล่าช้าในบางพื้นที่ และยังไม่ปรากฏข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ความสำเร็จของโครงการ/กิจกรรมระดับอำเภอ เพื่อยก ระดับ UCCARE หรือปรับปรุงส่วนขาดในประเด็นที่อำเภอระบุไว้ว่าจะพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ อาทิ หลายอำเภอมีการปรับเปลี่ยนประธานคณะกรรมการ พชอ. (นายอำเภอ) และมีประเด็นเร่งด่วนในการบริหารจัดการเรื่องโควิด 19 ความเชื่อมโยงระบบบริหารจัดการกระบวนการข้อมูลและทรัพยากรโดยใช้กลไก พชพ./พชอ. เป็น

เครื่องมือในการขับเคลื่อนงานยังไม่เกิดความชัดเจน เป็นหนึ่งเดียวในภาพรวมของจังหวัดสาเหตุเนื่องจากการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างกลุ่มงาน โครงการแก้ไขปัญหาระดับอำเภอและตำบล ยังไม่ครอบคลุมตามประเด็นการขับเคลื่อนงาน ส่งผลให้การสนับสนุนวิชาการ และสนับสนุนทรัพยากรให้กับอำเภอและตำบลเกิดความซ้ำซ้อน และอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ในภาพรวมจังหวัดที่ชัดเจน ซึ่งประเด็นดังกล่าวส่งผลให้การขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวและการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงานภายใต้กลไก พขอ. ไม่ชัดเจน จากประเด็นปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาต้องบริหารจัดการและพัฒนาให้การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเกิดคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 คาดว่าผลที่ได้จะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยผ่านกลไก พขอ. เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่และสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7
- 2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis S และ Mc Taggart R⁽⁷⁾ จำนวน 2 วนรอบ ผู้ให้

ข้อมูลหลักคือ ผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและประชาชนในเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมพื้นที่ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ระยะเวลาการวิจัยเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนธันวาคม 2565

ระยะการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา (ปี 2562)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7

1.2 ศึกษาการบริหารจัดการของจังหวัดและอำเภอภายใต้กลไก พขอ. ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ประธาน พขอ. บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ พขอ. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.

1.3 ศึกษารูปแบบและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไก พขอ. ที่เหมาะสมกับบริบทเขตสุขภาพที่ 7

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (ปี 2563 ถึง 2564) ดำเนินการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ. โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลการปฏิบัติงาน จุดแข็ง ข้อจำกัด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation) (ปี 2565) ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ. จัดเวทีสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินการเบื้องต้น ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน สะท้อนแนวคิด และปรับปรุงกระบวนการระหว่างการทำงานเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 ใช้แบบตรวจสอบข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2 ใช้แบบสัมภาษณ์

เครื่องมือ 5 ชิ้น (สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ วิเคราะห์แรงเสริม แรงต้าน รวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) แบบบันทึก การพัฒนาในพื้นที่กำหนด แบบสังเกต เครื่องมือที่ใช้ใน ระยะที่ 3 ใช้แบบสนทนากลุ่ม แบบตรวจสอบข้อมูล แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนาและแบบบันทึก การถอดบทเรียนสำหรับการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาคำความสอดคล้องจากดัชนี ความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item – Objective Congruence Index: IOC) โดยคัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่า 0.5 ขึ้นไป พบทุกข้อมากกว่า 0.5 ข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็นสภาพปัญหาและรวบรวมข้อมูล จากรายงานผลการดำเนินงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การประชุมระดมสมอง (Brain storming) การสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูล ด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ใช้สถิติเชิง พรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิรายงานผลการดำเนินงานตามกลไก พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและข้อมูลจากประชุม ระดมสมองร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อวางแผนทาง การทำงานร่วมกันโดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่เจาะจงบุคคลเพื่อรักษาความลับ

ผลการวิจัย

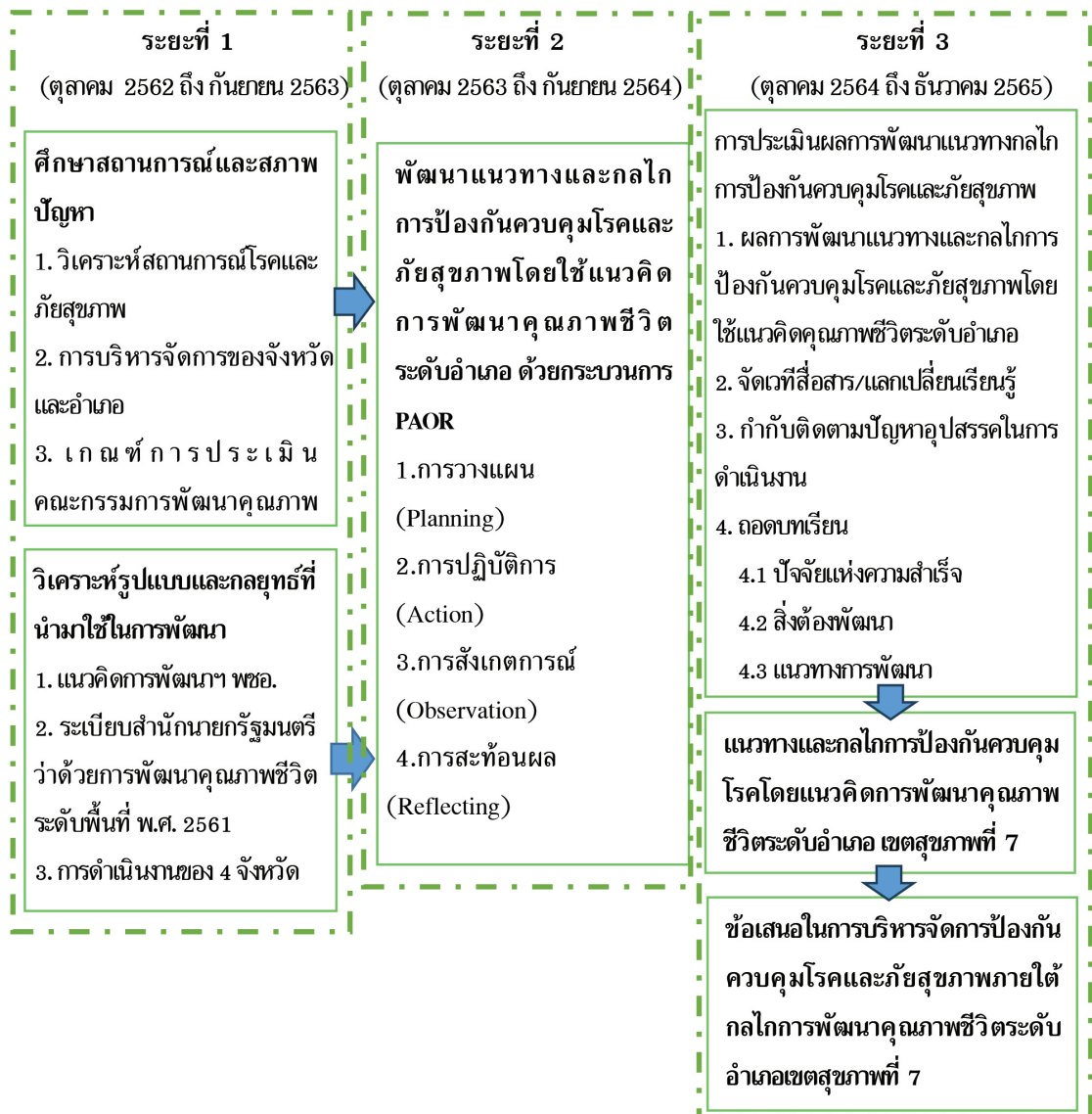
ผลการวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์และสภาพปัญหา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า รายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง รง.506 สะสมรวม 226,434 ราย มีรายงานผู้เสียชีวิต 33 รายโรคเฝ้าระวัง ทางระบาดวิทยาที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 (1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2561) โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ โรคอุจจาระร่วงอัตราป่วย เท่ากับ 2,094.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ใช้ไม่ทราบสาเหตุโรคปอดบวม อาหารเป็นพิษ ตาอักเสบ ใช้หัวดีใหญ่ อีสุกอีใส ใช้เลือดออก มือเท้าปาก และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 740.94, 631.94, 341.74, 166.94, 129.52, 87.64, 81.67, 69.15, 46.65 ต่อประชากรแสนคน ข้อมูล มีความคล้ายคลึงกันทั้ง 4 จังหวัด สำหรับข้อมูลที่แตกต่าง เพิ่มเติมคือ จังหวัดขอนแก่น มีรายงานอัตราป่วยสูงสุด อันดับ 10 ของจังหวัด คือ วัณโรค อัตราป่วยเท่ากับ 71.37 ต่อประชากรแสนคน

2. การบริหารจัดการของจังหวัดและอำเภอภายใต้ กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1 ทบทวนการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ พบว่า ส่วนใหญ่โครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการ ของ พชอ. มีการจัดตั้งคณะกรรมการการรายงาน ประเด็น การถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ร้อยละ 30.00 ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล ลักษณะการทำงานมีทั้งใน แนวราบและแนวดิ่งปีงบประมาณ 2562 พบร้อยละ 70.12 ของอำเภอมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. อย่างเป็น รูปธรรม เกือบครึ่งมีแผน/โครงการพัฒนาและมีกิจกรรม งบประมาณรองรับ

2.2 การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ ส่วนใหญ่ กำหนดวัดผลลัพธ์เชิงกิจกรรมเท่านั้น และมีบาง พชอ. ขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การทำงานกับหน่วยงานอื่นๆ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.3 การคัดเลือกประเด็นสำคัญเพื่อแก้ไข ปัญหาพบว่า ส่วนใหญ่ พชอ. คัดเลือกประเด็นอย่างน้อย 2 ประเด็น/อำเภอ เนื่องจากในช่วงต้นของการวิจัยเป็น ช่วงของการระบาดของโควิด 19 ดังนั้นทุกจังหวัดมีการแก้ไขปัญหาโควิด 19 การดูแลกลุ่มเปราะบางตาม บริบทของพื้นที่ รวมทั้งเลือกประเด็น แก้ไขปัญหา อาทิ การป้องกันควบคุมโรคโควิดโรค พิษสุนัขบ้า พยาธิใบไม้ดับ เบาหวานและความดันโลหิตสูง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ทางถนน โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัญหาด้านขยะ การจัดการขยะต้นทาง และการส่งเสริมด้านอาหารปลอดภัย เกษตรอินทรีย์ ข้อเสนอที่พบในการเลือกประเด็นมาแก้ไขในบางพื้นที่ยังไม่ สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ

2.4 เกณฑ์การประเมินคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของกระทรวง สาธารณสุข ใช้คำย่อว่า UCCARE มีองค์ประกอบ

6 ด้าน 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) แบ่งเป็น 5 ระดับคือเริ่มมีแนวทางขยายการดำเนินงาน ดำเนินงานเป็นระบบ เรียนรู้และบูรณาการ พบว่า มีเพียงร้อยละ 45.00 ของอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบประเมิน UCCARE จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า พขอ. มีความเข้าใจเรื่อง UCCARE ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

2.5 ด้านงบประมาณดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อน พขอ. และยกระดับสถานะประชาชนด้วยกลไก พขอ. พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 60,000-80,000 บาท ข้อมูลจากการสะท้อนถึงความเพียงพอของงบประมาณ พบว่า เพียงพอกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

2.6 ศึกษารูปแบบและกลยุทธ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไก พขอ.เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เป้าหมายกรมควบคุมโรคกำหนด 2 เป้าหมายคือ เป้าหมาย ที่ 1 กระบวนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เป็นรูปธรรมและมีส่วนร่วม เป้าหมายที่ 2 เกิดผลลัพธ์การลดโรคลดภัยสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงและกำหนดการพัฒนาเครือข่ายผู้รับผิดชอบ พขอ. คือ ให้สามารถ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ประโยชน์ 2) ชี้เป้าปัญหาและกำหนดมาตรการ 3) การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา 4)การระดมทรัพยากร 5) การกำกับติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่บ่งชี้การลดโรค ลดปัจจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Actions)
ดำเนินการพัฒนาแนวทางและกลไกการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการ พขอ. โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. การวางแผน (Planning) วางแผนออกแบบและพัฒนาแนวทางและกลไกร่วมกับหน่วยงาน ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม และระดับอำเภอ สะท้อนสภาพปัญหาและโอกาส การพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการ พขอ. พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานภายใต้พขอ.ที่ชัดเจนและการบริหารจัดการขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัดให้แนวทาง กำหนดประเด็นปัญหา โอกาสพัฒนาข้อเสนอมาตรการพัฒนาร่วม

2. การปฏิบัติการ (Actions) 1) การจัดเวทีระดมสมองเพื่อวางแผนแนวทางและกำหนดประเด็นการพัฒนากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพ สาธารณสุข การเรียนรู้ประเด็น (2.1) โครงสร้างข้อมูลที่เป็นระดับอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูล พขอ. นำร่องนำไปเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวแปรที่กำหนด พบว่า หลังการพัฒนา พขอ. นำร่อง (4 อำเภอ) สามารถใช้ชุดข้อมูลและสามารถนำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับสภาพปัญหาในพื้นที่ได้ (2.2) การจัดการเชิงผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น (สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหามันโดผลลัพธ์วิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน รวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์) (2.3) การจัดแผนงานโครงการแก้ไข ปัญหา พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพในโครงการของ พขอ. มีมาตรการที่แก้ไขปัญหาดตรงกับสาเหตุมากขึ้นและสมรรถนะของ สสจ. สสอ. อปท.สามารถจัดกระบวนการในพื้นที่ได้ (2.4) การนำแนวทางและกลไกการพัฒนาไปทดลองใช้สามารถสกัดแนวทางและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 สรุปได้กลยุทธ์ GDL2C คือ 1) กำหนดเป้าหมายแนวทาง การพัฒนาร่วมกัน (Goal: G) 2) สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment: D) 3) การปรับปรุงวิธีทำงานแบ่งปันความรู้และพัฒนาศักยภาพในส่วนขาด (Learning: L) 4) การเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน (Collaboration: C) 5)ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (Continuous: C)

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ร่วมสังเกตการณ์ การนำแนวทางและกลไกไปทดลองใช้ จากการกำกับ ติดตามงานเพื่อพัฒนานิเทศงานโดยการสอนแนะ (Coaching) ติดตามเยี่ยมเสริมพลังให้กับพื้นที่ นิเทศ บูรณาการร่วมกับการนิเทศตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขกรณีปกติระยะเวลา 2 ครั้ง/ปี ตลอดระยะเวลา 3 ปี

4. การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลการ ดำเนินงาน การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปแนวทางและกลไกการป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และสรุปกลยุทธ์ GDL2C ปัจจัยแห่งความสำเร็จ นำข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นข้อจำกัดที่ต้องปรับปรุง และจุดแข็งที่เสริมพลัง ในการพัฒนามากำหนดเป็นแนวทางร่วมในการปรับแผน ดำเนินงานพัฒนาใหม่

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา แนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7

จากสถานการณ์โรคในเขตสุขภาพที่ 7 ในระหว่างปี พ.ศ.2561 ถึง 2565 พบว่า สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจำแนกรายจังหวัดพบว่าทั้งอัตราอุบัติการณ์ และความชุกโรคเบาหวานทั้ง 4 จังหวัดมีแนวโน้มเช่น เดียวกันกับสถานการณ์ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 สำหรับอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ทั้งภาพรวม เขตสุขภาพและภาพจังหวัด อัตราป่วยรายใหม่ค่อนข้าง คงที่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2564 ยกเว้น จังหวัดขอนแก่นที่มีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น อย่างชัดเจน ข้อมูลการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน ของเขตสุขภาพที่ 7 ในระบบบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูล 3 ฐาน) แสดงให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเป้าหมาย แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2561 ถึง 2565 (16.4 ต่อประชากรแสนคน) เมื่อพิจารณาภาพรวมของ จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของ เขตสุขภาพที่ 7 มีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาราย

จังหวัดยังพบบางจังหวัดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่า อัตรา ตายของจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจังหวัด ขอนแก่นมีอัตราตายสูงสุดในแต่ละปี สำหรับสถานการณ์ โรคติดต่อ พบว่า แนวโน้มอัตราป่วยโรคปอดอักเสบ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2561 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วย โรคไข้หวัดใหญ่ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2564 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัดพบว่า ทั้ง 4 จังหวัด มีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 และมีแนวโน้มลดลง ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในรอบ 10 ปี อัตราป่วยโรคตับอักเสบรวมย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัดพบว่า จังหวัด มหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์มีแนวโน้มลดลงในช่วง ปี พ.ศ. 2562 ส่วนจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดร้อยเอ็ด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ และอัตรา ป่วยโรคอุจจาระร่วงย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 ถึง 2565) จำแนกรายจังหวัด พบว่า ทั้ง 4 จังหวัดมีแนวโน้มลดลง

การพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าหลังการพัฒนาในปีที่ 3 ส่งผลให้อำเภอในเขตสุขภาพที่ 7 สามารถผ่าน การประเมินตามเกณฑ์ร้อยละ 96.10 (ในจำนวน 77 อำเภอ) สอดคล้องตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ในเชิงกระบวนการโดยมี 1. การทบทวนคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการเป็นปัจจุบัน 2. การประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ UCCARE และการติดตามการดำเนินงาน โดยผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด 3. ทุกจังหวัดมีการกำหนด ประเด็นร่วมที่ต้องดำเนินการขับเคลื่อนงาน มีการติดตาม ความก้าวหน้าผ่านโปรแกรม CL UCCARE และ แอปพลิเคชันไลน์ 4. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเยี่ยม เสริมพลังคณะกรรมการ พชอ. และการถอดบทเรียน 5. มากกว่าครึ่งของอำเภอในเขตสุขภาพที่ 7 ได้มี

การนำเสนอความก้าวหน้าการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการประจำเดือน ผลลัพธ์ของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นรูปธรรม กรณีศึกษา พขอ.ที่ 1 ซึ่งเลือกประเด็นแก้ไขปัญหา 1) ประเด็นการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นช่วงของการระบาดปี พ.ศ.2562 ถึง 2565 พบว่า มีการบริหารจัดการโดยระบบ พขอ.สั่งการจากนายอำเภอ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการระบาดโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งภายนอกและภายใน มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่การรักษาประชาชนมีพฤติกรรมเหมาะสม มีการดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่น และผลการส่งเสริมการรับวัคซีนของประชาชนในช่วงการระบาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 77.39 (ข้อมูลวันที่ 20 กันยายน 2564) ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ลดลงตามลำดับ พขอ.ที่ 2 ประเด็นลดความเสี่ยงการเกิดผลกระทบจากการบริโภคผักและผลไม้ไม่ปลอดภัยในอำเภอหนึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยประมาณ พ.ศ.2562 ถึง 2564 พบว่า ผลการตรวจคัดกรองระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในประชาชนอำเภอหนึ่งพบระดับ “มีความเสี่ยง” และ “ไม่ปลอดภัย” มีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 27.53, 26.82 และ 8.29 ตามลำดับ เกิดประชามในหมู่บ้านต้นแบบมีการกำหนดกฎ/กติการ่วมกัน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกการใช้สารเคมีและห้ามใช้สารเคมีอันตรายและ

มีหมู่บ้านต้นแบบ พขอ.ที่ 3 ประเด็นการป้องกันควบคุมโรค พบว่าความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงได้ตรงเป้าหมาย ส่งผลให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้เร็ว พขอ.ที่ 4 ประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ประชาชนในอำเภอมีการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มมากขึ้นกว่าร้อยละ 80 อัตราการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนนลดลงอย่างชัดเจน พขอ.ที่ 5 การป้องกันควบคุมพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า มีจำนวนตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขพยาธิโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้มาตรการสำคัญในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น สำหรับตัวอย่างของการขับเคลื่อน พขอ. เขตสุขภาพที่ 7 ที่สามารถเป็นแบบอย่างในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ได้แก่การขับเคลื่อน “การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน” “การแก้ไขปัญหายาเสพติด” “การจัดการแก้ไขปัญหาล้างมือ” “หมู่บ้านปลอดขยะ” “การป้องกันพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” “สถานีสภาพ สุขภาพใจ: Stroke” “การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ: สถานการณ์โควิด 19 โดยกองทุนปันสุขบรรเทาทุกข์” “อาหารปลอดภัย”

สำหรับความแตกต่างหลังการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ในครั้งนี้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลัง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
ด้านการสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง/การวางแผนความร่วมมือ	1) ประธาน พชอ. แต่งตั้งคณะกรรมการอนุกรรมการตามประเด็นผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอยังไม่ชัดเจนทุกตำแหน่ง ยกเว้นตำแหน่งเลขานุการ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระดับอำเภอไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาทุกมิติ และไม่สอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาเพื่อแก้ไข 3) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการไม่ได้กำหนดครอบคลุมทุกอำเภอ และการเลือกประเด็นปัญหาในการแก้ไขในพื้นที่การวางแผนความร่วมมือของแผนงาน โครงการ ไม่ชัดเจน	1) การแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ดำเนินงานตามระเบียบฯ คัดเลือกตัวแทนอปท. ผู้นำชุมชนที่มีภาวะผู้นำและเป็นที่ศรัทธาของชุมชน คณะอนุกรรมการตามประเด็นที่เลือกแก้ไขปัญหาคครอบคลุมทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และมอบหมายอำนาจหน้าที่ตามภารกิจของคณะอนุกรรมการ และการกำหนดผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอชัดเจน และมีทีมนำที่มีคุณลักษณะเก่งด้านประสานงาน 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระดับอำเภอ ระดับอำเภอมีการเพิ่มการนำข้อมูลมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจมาร่วมวิเคราะห์ และสอดคล้องกับการเลือกประเด็นปัญหาเพื่อแก้ไขในพื้นที่ 3) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการสอดคล้องกับประเด็นเน้นหนักของจังหวัด เน้นกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ระบุผลลัพธ์ความสำเร็จที่ชัดเจนและการเลือกประเด็นพัฒนาหรือแก้ไขปัญหในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลและความต้องการของชุมชนโดยทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการคัดเลือก
ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล	1) การขาดกลไกการสื่อสารเชื่อมต่อกันระหว่างระดับจังหวัด และอำเภอ 2) ประธาน พชอ. มีการโยกย้ายบ่อยส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน และคณะกรรมการขาดความเข้าใจในเจตนารมณ์ของการมีโครงสร้าง พชอ. ส่งผลให้แต่ละฝ่ายต่างทำงานภารกิจเดิม	1) รูปแบบการสื่อสารถ่ายทอดภายใน พชอ. ผ่านหลายช่องทาง ผ่านระบบหนังสือราชการ การประชุมชี้แจง ผ่านระบบประชุมทางไกล ส่งผลให้เข้าใจเจตนารมณ์มากขึ้น แม้ว่าประธาน พชอ. มีการเปลี่ยนโยกย้ายการดำเนินงานก็ต่อเนื่องมีผลกระทบเล็กน้อย 2) กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนในระดับอำเภอและจังหวัด รูปแบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปยังประชาชนและแกนนำชุมชนผ่านช่องทางไลน์ อินโฟกราฟฟิค และประชาคมในหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ	ด้านระบบข้อมูล - มีแนวทางในการนำโปรแกรม CL UCCARE มาใช้การจัดทำรายงาน พขอ. ในภาพรวมของบางจังหวัด แต่บางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการสาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดความเข้าใจและทักษะในการลงบันทึกข้อมูล ส่งผลให้การวิเคราะห์รายงานผลในภาพจังหวัดและอำเภอเกิดความไม่คล่องตัว - ใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลักและใช้ฐานข้อมูลจากหลายหน่วยงาน แต่พบว่า ขาดความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบันและขาดการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ไขปัญหา ด้านการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ยังไม่มีประเด็นการพัฒนาศักยภาพที่เฉพาะเจาะจงเรื่อง พขอ. ส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว - มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดโดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2563 มีการจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 ครั้ง	ด้านระบบข้อมูล - มีการใช้ประโยชน์จากโปรแกรม CL UCCARE เพื่อการประเมินอำเภอตนเองและคณะกรรมการ พขอ. เกิดทักษะในการจัดการกับข้อมูล - ข้อมูลมาจากหลายแหล่ง ใช้ทุนชุมชนที่มีและข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ข้อมูลด้านสาธารณสุข กลุ่มเปราะบาง การศึกษา มีผู้รับผิดชอบในการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอในเวทีและผู้บริหาร - เริ่มมีกระบวนการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ไขปัญหา - รูปแบบกิจกรรมมีลักษณะการทำงานเชิงรุกมากขึ้น - มีคู่มือโครงสร้างข้อมูลที่จำเป็นระดับอำเภอในพื้นที่ใช้ประโยชน์ และมีการใช้แอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการพัฒนาศักยภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - พัฒนาความเข้าใจ UCCARE และระบบการประเมิน CL UCCARE - อบรมความรู้และทักษะในเรื่อง 1. การใช้ข้อมูลที่จำเป็นในการวิเคราะห์และเก็บรวบรวมข้อมูล 2. การจัดการเชิงผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือ 5 ขั้นตอน 3. การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับปัญหา - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง พขอ. ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 7 ถอดบทเรียนความสำเร็จที่เป็นแบบอย่างที่ดี (good practice) จัดทำเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เผยแพร่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวทางและกลไกการพัฒนาระบบการบริหารจัดการภายใต้กลไกคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและหลังพัฒนา (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการก่อนการพัฒนา	แนวทางและกลไกกระบวนการบริหารจัดการหลังการพัฒนา
ด้านการสร้างแรงจูงใจ	ยังไม่มีข้อมูล	1) สร้างบุคคลต้นแบบและหน่วยงานต้นแบบในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) การสมัครเข้ารับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พขอ. เริ่มให้ความสำคัญ/สนใจในเพิ่มมากขึ้น 3) การขอรับการสนับสนุนวิชาการกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นเพื่อพัฒนาการเขียนผลงานส่งขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน	รูปแบบไม่ชัดเจน	1) การส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งประชาชนแกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของ พขอ. 2) การสร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญตำบล โมเดลการจัดการสุขภาพโดยชุมชน 3) การเยี่ยมเสริมพลัง

ข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7

1. จากบทเรียนของ พขอ. ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สาระสำคัญที่ส่งผลกระทบในวงกว้างคือการสื่อสารควรทบทวนรูปแบบการสื่อสารทั้งภายใน/ภายนอกคณะกรรมการ พขอ. และควรการสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้เข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง รวดเร็ว เชื่อถือได้ ดังนั้นการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับสื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment) เป็นประเด็นแรก โดยใช้รูปแบบทั้งทางการและไม่เป็นทางการและสามารถนำสื่อดิจิทัล แอปพลิเคชัน มาเป็นเครื่องมือในเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพจะส่งผลให้รู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ และคณะกรรมการ พขอ. เข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนงานไปทางเดียวกัน

2. ผู้รับผิดชอบงานระดับเขตและจังหวัดควรเน้นการปรับปรุงวิธีการทำงาน การพัฒนาศักยภาพ แบ่งปันความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อยอดความรู้ระหว่าง พขอ. เกิดมุมมองด้านมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสามารถนำแนวคิดไปประยุกต์ใช้ในการลดโรคและภัยสุขภาพเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของพื้นที่ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันได้

3. จากการวิจัยครั้งนี้ แนวทางและกลไกสำคัญที่คณะกรรมการพขอ.เขตสุขภาพที่ 7 สามารถนำไปพัฒนาในพื้นที่ คือ 1) การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง/การวางเป้าหมายร่วม 2) ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล

3) กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ 4) ด้านการสร้างแรงจูงใจ 5) การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน

สรุปและวิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ในทางปฏิบัติที่ผ่านมาการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ามีแนวทางและกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ชัดเจน ส่วนใหญ่กำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมเท่านั้นขาดการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการทำงาน มีเพียง ร้อยละ 45.00 ของอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบประเมิน UCCARE จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า พขอ. มีความเข้าใจเรื่อง UCCARE ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการต่อยอดจากทุนทางสังคมที่นำเอาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่พ.ศ.2561⁽⁴⁾ มาหนุนเสริมการทำงานให้กลไกที่มีอยู่เดิมให้ยกระดับการพัฒนาให้เกิดระบบอย่างต่อเนื่องสำหรับการพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี ผลการพัฒนาแนวทางและกลไกการป้องกันควบคุมโรคโดยแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ากระบวนการสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดกลไกขับเคลื่อนงานประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแนวทางและกำหนดประเด็นการพัฒนา (2) การพัฒนาศักยภาพเรียนรู้ประเด็นข้อมูลที่เป็นไปในพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลที่เชื่อมโยงกับสภาพปัญหา (3) การจัดการเชิงผลลัพธ์ (4) การจัดแผนงานโครงการแก้ไขปัญหานั้นใช้กลยุทธ์ GDL2C คือ 1) เป้าหมายแนวทางการพัฒนาร่วมกัน (Goal: G) 2) สื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกัน (Deployment: D) 3) การปรับปรุงวิธีทำงานแบ่งปันความรู้และพัฒนาศักยภาพในส่วนขาด (Learning: L) 4) การเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมทั้งภาคีรัฐภาคเอกชนและประชาชน (Collaboration: C) 5) ความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (Continuous: C)

สำหรับข้อเสนอในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7 ควรให้ความสำคัญ

สำคัญกับสื่อสารถ่ายทอดให้เข้าใจร่วมกันโดยใช้รูปแบบทั้งทางการและไม่เป็นทางการ การนำสื่อดิจิทัลและแอปพลิเคชันมาเป็นเครื่องมือในเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะส่งผลให้รู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ คณะกรรมการ พขอ. เข้าใจทิศทางการขับเคลื่อนงานไปทางเดียวกัน แนวทางและกลไกที่ได้จะช่วยให้คณะกรรมการ พขอ. นำไปบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม แนวทางและกลไกสำคัญที่ต้องดำเนินการคือ 1) การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็ง 2) ด้านการสื่อสารถ่ายทอดข้อมูล 3) กระบวนการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ 4) ด้านการสร้างแรงจูงใจ 5) การเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน

ประเด็นที่สะท้อนให้เห็นจากการพัฒนา 3 ปีที่ผ่านมา พขอ. ควรให้ความสำคัญกับการกำหนดเป้าหมาย (Goal) ร่วมกันในการป้องกันควบคุมโรคให้ชัดเจนว่ามุ่งผลลัพธ์อะไรซึ่งประเด็นดังกล่าวจะเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคระยะ 20 ปี วางภาพอนาคตที่พึงประสงค์ว่ามีเป้าหมายร่วมกันดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีเอกภาพจะเกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน⁽⁹⁾ การสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลแนวทาง (Deployment) ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการซึ่งส่งผลให้ทิศทางการขับเคลื่อนมีการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันและเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ในทำนองเดียวกับกับการศึกษาของดวงดาว สารัตน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยนำเทคโนโลยี Application Line Group การจัดทำข้อมูลรายงานใน Google Drive มาใช้ช่วยลดขั้นตอนการดำเนินงานเพิ่มการสื่อสารให้คณะทำงานและผู้ปฏิบัติงานทำงานได้รวดเร็ว สำหรับการทบทวนปรับปรุงกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การแบ่งปันความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) ส่งผลให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกิดนวัตกรรม การต่อยอดแนวคิดสร้างแรงจูงใจและแบ่งปันประสบการณ์ที่ดี เช่นเดียวกันกับผลการศึกษากองานดัชนีสวัสดิภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมจังหวัด⁽¹¹⁾ ที่พบว่าควรมีการเพิ่มศักยภาพคณะกรรมการ พขอ./อนุกรรมการ อย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญของการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอคือการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีรัฐภาคเอกชนและประชาชน (Collaboration) สอดคล้องกับการศึกษาของดูลย์บำรุง⁽¹²⁾ ที่ให้ข้อเสนอการสร้างกลไกการขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพโดยพัฒนาคณะกรรมการ พชอ.อย่างมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายของประธาน พชอ.และเลขานุการ พชอ. ที่ต้องประสานงานให้เกิดการทำงานร่วมกันโดยให้ทีมงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพร่วมกัน รวมทั้งความต่อเนื่องในการพัฒนา (Continuous) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนและดึงศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เข้ามาร่วมจัดการดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง ส่วนกลไก พชอ.ต้องคำนึงถึงระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการระดับปฐมภูมิสามารถเชื่อมโยงระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ จากการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ของ พชอ.ที่ได้รับการพัฒนาส่วนใหญ่วัดความสำเร็จผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ พชอ. มีการเปรียบเทียบความสำเร็จกับพื้นที่อื่นมีการระบุแนวโน้มของผลงานในพื้นที่ชัดเจน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของถนัด ไบยา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าคณะกรรมการ พชอ. ขาดการประเมินผลลัพธ์ประเด็นปัญหาที่ พชอ. เลือกดำเนินการว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้ลดลงหรือไม่อย่างไร สำคัญจากการถอดบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ พชอ. ผู้ศึกษาได้รวบรวมจัดทำเป็นคลังความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้พื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันนำรูปแบบไปปรับใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ ประชาชนลดเสี่ยง ลดโรค ลดป่วย/พิการ ลดตาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา

1. ผู้บริหารและผู้ที่มีบทบาทสนับสนุนด้านวิชาการควรเสริมกลไกการเรียนรู้หรือมุมมองการจัดการสุขภาพชุมชนให้คณะกรรมการ พชอ. โดยให้ความสำคัญประเด็น

ป้องกันก่อนการเกิดโรคป้องกันไม่ให้ประชาชนเกิดปัจจัยเสี่ยง (primordial prevention) มากกว่าประเด็นการควบคุมโรคและการแก้ไขเมื่อเกิดโรค โดยกำหนดเป็นนโยบายเชิงป้องกันของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

2. ผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนงาน พชอ. ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นควรส่งเสริมคณะกรรมการพชอ.ให้ได้รับการพัฒนาขีดความสามารถการเขียนผลงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อสมัครขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พัฒนาทักษะการเรียบเรียง รวบรวมข้อมูลให้สอดคล้องกับเกณฑ์ในรูปแบบการสอนแนะ (Coaching) การฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (On the Job Training) จะส่งผลให้สามารถนำผลงานที่ดีในพื้นที่เผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นได้เรียนรู้และประยุกต์ใช้เป็นแบบอย่างที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินผลกระทบสำหรับประชาชนในการใช้กลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเขตสุขภาพที่ 7

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงานหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ที่กรุณาให้ข้อมูล ประสพการณ์ในพื้นที่และร่วมกำหนด แนวทางการพัฒนาและบุคลากรจากสำนักผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคที่สนับสนุนข้อมูลวิชาการ นายแพทย์สมาน พูตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นที่สนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งบุคลากรจากกลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่ายทุกคนที่มีส่วนในการถอดบทเรียนและสนับสนุนวิชาการให้ พชอ. ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Tarimo E, Fowkes FGR. Strengthening the backbone of primary health care. World Health Forum 1989; 10(1): 74-9.
2. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา 2561; เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54ง หน้า 1-7.
5. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. บันทึกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/KZTt9>.
6. Ministry of Health New Zealand. Guidelines for district health boards mental health quality monitoring and audit. Wellington: New Zealand; 2002.
7. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ฉบับมีกฎหมาย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/GgCKI>.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rd ed. Geelong, Australia: Deak in University Press; 1988.
9. คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี เพื่อพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย 20 ปี (2561-2680) ฉบับย่อ. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
10. ดวงดาว สารัตน์, ประภัทรสร พิมพ์ดี, ดวงเดือน ศรีมาติ, ประชัน อาจนนลา, จิตติกรณ์ ไชยรัตน์. การพัฒนาระบบและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2565; 3(2): 108-23.
11. กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, คิวไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดัตต์ 2564; 13(2): 275-86.
12. อุดลย์ บำรุง. ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2562; 1(1): 87-101.
13. ถนัด ไบยา, ยุพิน แดงอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตจังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 18(1): 59-68.

การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

Community Involvement Research/ Participation in Dengue Fever Surveillance, Prevention, and Control:

Kam Sakaesaeng District, Nakhon Ratchasima Province

นิจิคุณ เขียวอยู่ พ.บ.

Nithikun Kyoyu M.D.

โรงพยาบาลขามสะแกแสง

Kham Sakaesaeng Hospital

อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

Kham Sakaesaeng District, Nakhon Ratchasima Province

Received: May 11, 2024

Revised: June 4, 2024

Accepted: June 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 400 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างความรู้ การสร้างแนวทางการพัฒนา การสร้างแนวทางปฏิบัติ และการสรุปประเมินผล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ t-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64.25) มีอายุเฉลี่ย 47.65 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 46.75) มีบทบาทในการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนงาน (ร้อยละ 100.00) มีการจัดการความเสี่ยงในครัวเรือนและชุมชน (ร้อยละ 100.00) ผลการวิจัย พบว่า 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วม ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผน หรือกิจกรรม การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผล การสนับสนุนและความพึงพอใจ การมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สูงกว่าก่อนการพัฒนา โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) 2) แนวทางตามแผนการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 2.1) การสร้างความรู้ 2.2) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2.3) การพัฒนากิจกรรม 2.4) การสนับสนุนการปฏิบัติการ 2.5) การประเมินผล ถอดบทเรียน ข้อเสนอแนะนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำผลการวิจัยเข้าสู่นโยบายระดับจังหวัด ร่วมกับคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้านการปฏิบัติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ อย่างต่อเนื่อง ด้านการวิจัย ควรมีการวิจัยถอดบทเรียนเพื่อขยายผลพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วม

Abstract

Action research Community participation in surveillance, prevention, and control of dengue fever Kham Sakaesaeng District, Nakhon Ratchasima Province, has the objective of studying guidelines for carrying out activities to promote community participation in surveillance, prevention, and control of dengue fever. Select a purposive sample. Be a public health official, community leader, health network, and related agency, totaling 400 people. The tool is an interview format, conducted in four steps, Appreciation: A, Influence: I, Control: C and evaluating participation. Data were collected through in-depth interviews and small group meetings. Analyzed by descriptive statistics: mean, percentage, and standard deviation. Compare results before and after development using statistics, t-test. The research results found that the sample group was more female than male (64.25 percent), had an average age of 47.65 years, had a bachelor's degree or higher (46.75 percent), had a role in participating in implementing plans or activities (100.00 percent), and there is risk management in the household and community (100.00%). The results of the study found that 1) Community participation in surveillance, prevention, and control of dengue fever. After developing participation in knowledge, behavior, and participation in planning decision-making Participation in carrying out plans or activities Participation in receiving benefits Participation in follow-up inspections Support and participation the satisfaction of public health officials, community leaders, health networks, and related agencies is higher than before development. The difference in means is statistically significant (p -value < 0.05). 2) Guidelines according to the activity plan, including 2.1) knowledge creation 2.2) Promotion of behavior change 2.3) Development of activities 2.4) Operational support 2.5) Evaluation, lessons learned, and policy proposals Provincial Public Health Office Incorporate research results into provincial policy. Collaborate with the District Quality of Life Committee (CPC) in operational matters. District Public Health Office, together with local administrative organizations Budget support Continuously, in terms of research, there should be research to extract lessons to expand the results to other areas.

Keywords: Prevention and control Dengue fever, Participation.

บทนำ

อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 ตำบล 72 หมู่บ้าน 9 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และมีประชากรรวม 42,965 คนจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระหว่างปี พ.ศ.2562-2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในอัตราป่วยเท่ากับ 104.76, 373.80, 1130.95 และ 1249.28 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม - ธันวาคม 2565 จำนวน 8 ราย โดยการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในทุกๆ ปีที่ผ่านมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการตามมาตรการ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายในการลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (DF + DHF + DSS) ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง โดยมีกิจกรรมพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565⁽¹⁾ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพชุมชนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยทำประชาคมพร้อมทั้งนามติของประชาคมไปใช้ในป้องกันควบคุมโรค 2) สนับสนุนการสร้างชุมชนเข้มแข็งโดยดำเนินการบ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอย่างยั่งยืนโดยใช้การประกวด

และการรณรงค์เพื่อการกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลายในระดับครัวเรือน โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) สนับสนุนกิจกรรม ป้องกันและควบคุมโรคในโรงเรียน ภายใต้แนวคิดของ โครงการฝึกพลังเยาวชนไทยต้านภัยไข้เลือดออกและ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยให้นักเรียนปฏิบัติกิจกรรม การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียนและที่บ้าน (ชุมชน) และ 4) ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงาน องค์การปกครองท้องถิ่น เพื่อกำหนดแนวทางและ มาตรการด้านกฎหมายในป้องกันควบคุมโรค

ผลการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2565 พบหน่วยงาน ท้องถิ่น ชุมชนและประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ได้มี ส่วนร่วมในการดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือให้ความสนใจร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ขาดความรู้ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน เพื่อ ป้องกันการวางไข่ของยุงในภาชนะกักเก็บน้ำ การทำความสะอาด และกำจัดขยะในครัวเรือน การกำจัดภาชนะวัสดุที่ ไม่ใช้รอบบ้าน การกักเก็บน้ำอุปโภคบริโภค และการเข้า ร่วมกิจกรรมของชุมชน ทำให้ปัญหาของโรคไข้เลือดออก ยังคงไม่ได้รับการแก้ไข เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจวางแผน การเข้าร่วมดำเนินการตามแผน หรือกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ มีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ยังไม่สามารถ ควบคุมลูกน้ำยุงลายและยังพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา โดยนำหลักการ มีส่วนร่วม⁽³⁾ ประกอบด้วย การร่วมค้นหาปัญหาและ สาเหตุของปัญหาความต้องการของชุมชน การวางแผน หรือวางนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการ ของคนในชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมในด้านแรงงาน เงินบริจาคและวัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ ตามขีดความสามารถ ของตน ร่วมใช้ประโยชน์และได้รับประโยชน์ในพื้นที่

เท่าเทียมกัน และร่วมติดตามประเมินผลโครงการหรือ กิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยผล การวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อหา แนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ได้ผลดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริม การมีส่วนร่วมของชุมชน ในป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation- Influence-Control: A-I-C) และ การสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการวิจัยตาม วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกอำเภอขามสะแกแสงจังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยได้การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยเป็น พื้นที่ครอบคลุม 72 หมู่บ้าน ใน 7 ตำบล ของอำเภอ ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหา การระบาดของไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้ม อัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มกราคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2566 รวม 9 เดือน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การ สร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) 3) การสร้าง แนวทางปฏิบัติ (Control: C) และ 4) การสรุปและ ประเมินผลการมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาพักอาศัยอยู่ใน 72 หมู่บ้าน ของพื้นที่ 7 ตำบล อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 42,965 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 72 หมู่บ้าน 7 ตำบล ของอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ ทาโร ยามาเน่⁽⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูล มีจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

ฉบับที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณ เพื่อเก็บข้อมูล ด้านลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ด้านความรู้ด้านพฤติกรรม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุนการมีส่วนร่วม ด้านความพึงพอใจการมีส่วนร่วม

ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ เพื่อเก็บข้อมูล การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation-Influence-Control: A-I-C) และการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การสร้างเครื่องมือ

ประกอบด้วย 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการมีส่วนร่วมในเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อนำมากำหนดกรอบในการวิจัย 2) กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย 3) สร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ และกำหนดกฎเกณฑ์การให้คะแนน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ต (Likert)⁽⁵⁾ มี 5 ระดับ 4) สร้างแบบสัมภาษณ์

เชิงคุณภาพ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อเปิดกว้างทางความคิด สามารถต่อยอดเพิ่มเติมไปสู่ประเด็นให้ได้ข้อมูลเชิงลึกการมีส่วนร่วมในเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประเด็น 5 คำถาม ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ฉบับ เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้แนะนำอีกครั้ง ก่อนนำไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อได้ข้อเสนอแนะแล้วผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือเชิงปริมาณ และเครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณได้ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป⁽⁶⁾ แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงตามเนื้อหา ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ต่ำกว่า 0.5 จะถูกตัดทิ้งหรือปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น ผลปรากฏว่า ข้อคำถามด้านข้อมูลลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุนการมีส่วนร่วม ด้านความพึงพอใจการมีส่วนร่วม รวมทั้งหมด 62 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ฉบับ ที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try - out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Co efficiency) ของ Cronbach⁽⁷⁾ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการสนับสนุนการมีส่วนร่วม

ด้านความพึงพอใจการมีส่วนร่วม รวมทั้งหมด 62 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 แสดงว่าแบบสัมภาษณ์ชุดนี้สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการวิจัย มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation: A) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความรู้ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 3) การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน และชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ศึกษาแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การพัฒนามาตรการหรือแผนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน 2) การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนหรือกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) การนำแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไปปฏิบัติ ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายและกำหนดบทบาทการมีส่วนร่วม 2) การดำเนินกิจกรรมการสร้างชุมชนเข้มแข็ง “บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอย่างยั่งยืน” โดยใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การดำเนินกิจกรรม “พลังเยาวชนต้านภัยไข้เลือดออก” โดยนักเรียนปฏิบัติกิจกรรมรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียนและที่บ้าน (ชุมชน) 4) ประสานการสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และ 5) พัฒนามาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 4 การสรุปและประเมินผลการมีส่วนร่วม เป็นการประเมินความพึงพอใจการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผน 2) ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนหรือกิจกรรม 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำหนังสือจากโรงพยาบาลขามสะแกแสง ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างการวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยตนเอง และทำหนังสือจากโรงพยาบาลขามสะแกแสง ถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาและสถานที่ที่กำหนด และรับคืนด้วยตนเอง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและตรวจความถูกต้องทุกฉบับ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ในขั้นตอนการสรุปและประเมินผลการมีส่วนร่วม โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group)

การวิเคราะห์ผลการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิง โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ t-test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม โดยสังเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วม 4 ด้าน 2) แนวทางและกิจกรรมการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม 3) กิจกรรมตามแนวทางการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยการพรรณนาเชิงวิเคราะห์และอธิบายเรื่องราวเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1) ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

1.1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64.25) มีอายุเฉลี่ย 47.65 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 46.75) มีบทบาทในการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนงานหรือกิจกรรม (ร้อยละ 100.00)

มีการจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน (ร้อยละ 100.00)

1.2) ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนาความรู้มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$, S.D.=0.63) หลังการพัฒนาความรู้ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.83$, S.D.=0.94) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.12, 95% CI: 0.51 ถึง 1.73 และก่อนการพัฒนาพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, S.D.=0.60) หลังการพัฒนาพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.08$, S.D.=1.27) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.56, 95% CI: -0.75 ถึง 1.87 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษา	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	3.71(0.63)	4.83(0.94)	1.12 (0.51 ถึง 1.73)	<0.001
พฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.52(0.60)	5.08(1.27)	0.56 (-0.75 ถึง 1.87)	0.026

1.3) ผลการวิเคราะห์ด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, S.D.=0.49) หลังการมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.53$, S.D.=1.53) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.03, 95% CI: -1.01 ถึง 3.07 ก่อนการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนหรือกิจกรรม ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, S.D.=0.50) หลังการมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.98$, S.D.=1.17) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

0.48, 95% CI: -0.83 ถึง 1.79 ก่อนการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, S.D.=0.49) หลังการมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.73$, S.D.=1.72) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.31, 95% CI: -1.01 ถึง 3.72 และก่อนการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$, S.D.=0.50) หลังการมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.25$, S.D.=1.27) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.80, 95% CI: -0.71 ถึง 2.31 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษา	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
การมีส่วนร่วมการตัดสินใจวางแผน	4.50 (0.49)	5.53 (1.53)	1.03 (-1.01 ถึง 3.07)	0.040
การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนหรือกิจกรรม	4.50 (0.50)	4.98 (1.17)	0.48 (-0.83 ถึง 1.79)	0.033
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.42 (0.49)	5.73 (1.72)	1.31 (-1.10 ถึง 3.72)	0.043
การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินงาน	4.45 (0.50)	5.25 (1.27)	0.80 (-0.71 ถึง 2.31)	0.035

1.4) ผลการวิเคราะห์ด้านการสนับสนุนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.55$, S.D.=0.65) หลังการสนับสนุนค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.85$, S.D.=1.80) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.03, 95% CI: -0.95 ถึง 3.55 ผู้นำชุมชนสนับสนุนการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.51$, S.D.=0.60) หลังการสนับสนุนการมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.61$, S.D.=1.55) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.10, 95% CI: - 0.76

ถึง 2.96 เครือข่ายสุขภาพสนับสนุนการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.54$, S.D.=0.63) หลังการสนับสนุนการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.50$, S.D.=1.50) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.96, 95% CI: -0.75 ถึง 2.67 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.59$, S.D.=0.70) หลังการสนับสนุนมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.59$, S.D.=1.53) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 1.00, 95% CI: -0.63 ถึง 2.63 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการสนับสนุนการพัฒนาการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษา	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.55(0.65)	5.85(1.80)	1.03 (-0.95, 3.55)	0.048
ผู้นำชุมชน	4.51(0.60)	5.61(1.55)	1.10 (-0.76, 2.96)	0.042
เครือข่ายสุขภาพ	4.54(0.63)	5.50(1.50)	0.96 (-0.75, 2.67)	0.042
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.59(0.70)	5.59(1.53)	1.00 (-0.63, 2.63)	0.044

1.5) ผลการวิเคราะห์ด้านความพึงพอใจก่อนและหลังการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.76$, S.D.=0.75) หลังการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.49$, S.D.=1.34) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.73, 95% CI: -0.43 ถึง 1.89 ความพึงพอใจของนำชุมชนก่อนการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.88$, S.D.=0.93) หลังการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.54$, S.D.=1.53) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.66, 95% CI:

-0.52 ถึง 1.84 ความพึงพอใจของเครือข่ายสุขภาพก่อนการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X} = 4.68$, S.D.=0.71) หลังการสนับสนุนค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.65$, S.D.=1.60) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.97, 95% CI: -0.77 ถึง 2.71 ความพึงพอใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.80$, S.D.=0.81) หลังการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 5.00$, S.D.=1.13) ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 0.20, 95% CI: -0.43 ถึง 0.83 โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

ผลการศึกษา	ก่อน	หลัง	Mean Difference (95% CI)	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.76(0.75)	5.49(1.34)	0.73 (-0.43 - 1.89)	0.041
ผู้นำชุมชน	4.88(0.93)	5.54(1.53)	0.66 (-0.52 - 1.84)	0.048
เครือข่ายสุขภาพ	4.68(0.71)	5.65(1.60)	0.97 (-0.77 - 2.71)	0.045
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.80(0.81)	5.00(1.13)	0.20 (-0.43 - 0.83)	0.038

2) ผลการศึกษาแนวทางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

2.1) แผนกิจกรรมการสร้างความรู้ของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) การพัฒนาเครื่องมือความรู้ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเฝ้าระวังและติดตามปัญหาป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) การพัฒนาช่องทางสื่อสารความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.2) แผนกิจกรรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน ได้แก่ 1) สร้างกลไกการมีส่วนร่วมปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ 2) ส่งเสริมความรู้การดูแลเฝ้าระวังบุคคลในครอบครัวชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ด้วยตนเอง และ 3) การกำจัดหรือลดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน วัด โรงเรียน ได้ด้วยตนเอง

2.3) แผนการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การพัฒนามาตรการหรือกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการมีส่วนร่วม

ในการตัดสินใจวางแผน 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนหรือกิจกรรม 3) กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2.4) แผนกิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ 1) การสนับสนุนการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย 2) การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมการสร้างชุมชนเข้มแข็ง “บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอย่างยั่งยืน” โดยการประกวดและการณรงค์กำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายระดับครัวเรือน การใช้มาตรการทางกายภาพ ชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม “พลังเยาวชนต้านภัยไข้เลือดออก” โดยนักเรียนปฏิบัติการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียนและที่บ้าน (ชุมชน) 4) ประสานการสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และ 5) พัฒนามาตรการสร้างชุมชนเข้มแข็งในการสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกขององค์กรปกครองท้องถิ่น เครือข่ายสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพแกนนำเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (2) การสนับสนุนการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมก่อนฤดูการระบาด และช่วงฤดูการระบาด ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ งบประมาณในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับหน่วยงานสุขภาพระดับตำบล อำเภอ จังหวัด (3) การสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีความต่อเนื่อง

2.5) แผนกิจกรรมการประเมินผลและถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ได้แก่ 1) การจัดเวทีประชาคมถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนงานและกิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก และพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน 2) การติดตามผลการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผน ในกิจกรรมการสร้างชุมชนเข้มแข็ง “บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายอย่างยั่งยืน” และกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย “พลังเยาวชนต้านภัยไข้เลือดออก” 3) การสรุปผลการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมสนับสนุนทุน งบประมาณ และทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ต่อแผนงานกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบ้านเรือน ชุมชน 4) การสรุปบทเรียนจากการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินกิจกรรมและการขยายผลกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อประชาชน ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

1) แผนกิจกรรมการสร้างความรู้ของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁸⁾ โดยกลุ่มแผนงานและประเมินผลร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 10.2 จังหวัดมุกดาหาร จากผลการศึกษาด้านความรู้ พบว่าประเด็นที่ผู้แทนครัวเรือนส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องตั้งนั้นในการจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสานในพื้นที่จึงควรมีความต่อเนื่องของกิจกรรมการสื่อสารให้ความรู้ โดยเน้นวิธีทางเลือกในการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีทางกายภาพหรือชีวภาพ นอกเหนือจากการใช้สารเคมี สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติศักดิ์ คำตราช⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเชกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

<0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและการศึกษาของ เกตแก้ว หลวงไช และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนพื้นที่แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้ความเข้าใจ การรับรู้อันตรายและความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P\text{-value} < 0.05$ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2) แผนกิจกรรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน และชุมชน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ พงษ์ระพี ดวงดี และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยในระดับดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($p < 0.018$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ศรีแก้ว⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.26) คะแนนเฉลี่ย 2.65 (S.D=0.24) โดยข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การกำจัดขยะและภาชนะที่ไม่ใช้ทั้งในบ้านและนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม ปันตา⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน

ควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า ประชาชนมีความตระหนักว่าการดูแลสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น รู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ และมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น และรู้จักการนำภูมิปัญญาในท้องถิ่นในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ค่าดัชนีความซุกก้นน้ำ ยุ่งลายลดลง และเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ร่วมปฏิบัติโดยการร่วมดูแลบ้านเรือนตนเอง และชุมชนร่วมกันกระตุ้นเตือนกันระหว่างครัวเรือนในการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทำให้เกิดการปฏิบัติต่อเนื่อง สม่ำเสมอและยั่งยืนได้ และการศึกษาของ เกตแก้ว หลวงไช และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนพื้นที่แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า ด้านพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องมีการกระตุ้นเตือนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้านพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องให้เกิดประสิทธิผล โดยมีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

3) แผนการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ มีส่วนร่วมการตัดสินใจในการวางแผน มีส่วนร่วมการดำเนินงาน มีส่วนร่วมการประเมินผล และมีส่วนร่วมการรับผลประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม ปันตา⁽¹³⁾ ศึกษาการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า จากการนำการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย ใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research : PAR) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ระยะเวลาวางแผน (planning) ระยะดำเนินการ (Action Period) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อน/ทบทวน (Reflection)

ทำให้ประชาชนในชุมชนได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา กำหนดความต้องการ จัดลำดับความสำคัญ และตัดสินใจในวางแผนโครงการ/กำหนดวัตถุประสงค์ดำเนินการ และประเมินผลการดำเนินงาน ส่งผลให้เมื่อสิ้นสุดการดำเนินโครงการ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระดับครัวเรือนลดลง และสอดคล้องกับ เกียรติศักดิ์ คำติราช⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้านการดำเนินงานและด้านการตัดสินใจ เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการพัฒนารูปแบบและจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการจัดเวทีหรือประชุมสะท้อนผลลัพธ์คืนข้อมูลให้กับประชาชน และเป็นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในระดับตำบลและชุมชน ให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนางานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

4) แผนกิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ในการทุกขั้นตอนการมีส่วนร่วม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยร่วมสนับสนุนการจัดทำแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกและสนองความต้องการของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อริยญาทิพย์ชาติ⁽¹⁴⁾ วิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ด้านงบประมาณและด้านวัสดุอุปกรณ์ ควรให้ภาครัฐสนับสนุนเพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเฝ้าระวังการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการใช้สมุนไพรพวกตะไคร้หอมและใช้ลูกมะกรูดคั้นใส่ไว้ในอ่างน้ำป้องกันยุง คนในชุมชนช่วยกันทำความสะอาดภายใน

ชุมชน บ้านเรือนของตนเอง เพื่อป้องกันยุงลายวางไข่ และสอดคล้องกับการวิจัยของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านเชียงพิณ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมาจากการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องจริงจัง การมีผู้นำที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลและเครือข่ายการศึกษา ส่งผลให้ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ

5) แผนกิจกรรมการประเมินผลและถอดบทเรียนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติญา ฉลาดสัน และคณะ⁽¹⁶⁾ การวิจัยและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี หลังการดำเนินงานพบว่า ผลประเมินความพึงพอใจหลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด และครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก มีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับดี ร้อยละ 100 มีเจตคติเพิ่มขึ้นในระดับดี ร้อยละ 86.66 และมีพฤติกรรมปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากไม่ปฏิบัติเลยร้อยละ 20.00 ลดลงเป็น ร้อยละ 13.33

สรุปผลการวิจัย

1) ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ และ 4) การสรุปประเมินผล กลุ่มตัวอย่างการวิจัย มีความรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครัวเรือนและชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม มีความพึงพอใจการตัดสินใจวางแผน การดำเนินการตามแผน การรับผลประโยชน์และมีการตรวจสอบติดตามผลการดำเนินการตามแผน เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ผลการศึกษาแนวทางตามแผนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ 1) แผนการสร้างความรู้ 2) แผนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) แผนการพัฒนา กิจกรรม 4) แผนการสนับสนุนการปฏิบัติการ และ 4) แผนการประเมินผลและถอดบทเรียน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด นำผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา เข้าสู่นโยบายระดับจังหวัด โดยบูรณาการการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ด้านปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประสานการมีส่วนร่วมในการหนุนเสริมการทำงานระดับตำบล ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เพื่อการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามบริบทของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และด้านการวิจัยควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นฐานข้อมูลในการขยายผล ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก คปสอ. ขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ของปี 2565. 2565. (เอกสารอัดสำเนา).
3. อรทัย กักผล. การมีส่วนร่วมของประชาชน. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. [ม.ป.ท.]: มูลนิธิปริญาโทสำหรับนักบริหารรัฐกิจมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (EPAF); 2546. หน้า 1-2.
4. Yamane T. Statistics an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
5. Likert R. The Human Organization: Its Management and Value. New York: McGraw-Hill, Inc; 1967.
6. Rovinelli and Hambleton. On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. Tijdschrift Voor Onderwijs Research. 1977; 2: 49-60.
7. Cronbach, Lee J. Coefficient Alpha and The Internal Structure of Tests. Psychometrika. 16(1951): 297 -334.
8. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 10.2 จังหวัดมุกดาหาร. รายงานผลการสำรวจความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมป้องกันตนเอง และการมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของพื้นที่ที่มีการดำเนินการจัดการยุงพาหะนำโรคแบบผสมผสาน ตำบลสร้างถ่อน้อย อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดอำนาจเจริญ. อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี; 2562.
9. เกียรติศักดิ์ คำดีราช. การมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=214>.
10. เกดแก้ว หลวงไซ, กุลชญา ลอยหา, เต็นดวงดี ศรีสุระ. โปรแกรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนพื้นที่แขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2565; 29(3): 14-26.

11. พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิศา ครองยุทธ, ถนอมศักดิ์ บุญสุ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(1): 1-12.
12. วิทยา ศรีแก้ว. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563; 3(2): 13-26.
13. เกษม ปันตา. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระเซาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. วารสารวิชาการสาธารณสุข จังหวัดตาก 2566; 3(3): 5-21.
14. อรัญญา ทิพย์ชาติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขององค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิทยาลัยสงฆ์ นครลำปาง 2564; 10(3): 133-48.
15. กาญจนา ปัญญาธร, รจนา วรวิทย์ศรางกูร, ณัฐกุล บึงมุ่ม, เอกสิทธิ์ โสตาดี. การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกบ้านเชียงพิน ตำบลเชียงพิน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563; 38(3): 147-56.
16. จิตติญา นลาลัน, จักรีรัช ราชบุรี, พิมพัลดา อนันต์สิริเกษม, จักรีรัช ราชบุรี. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก:กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562; 2(1): 153-62.

ความสัมพันธ์ของภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น Association of Stress and Type 2 Diabetic Patients in Repetitive Areas of Nam Phong Sub-district Health Promoting Hospital, Nam Phong District, Khon Kaen Province

ธรรณิศ สายวัฒน์ ปร.ด.(การวัดและประเมินผลทางการศึกษา)* Thoranit Sayawat Ph.D. (Educational Measurement and Evaluation)*
นวลละออง ทองโคตร พย.ม.(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)* Nuanlaoong Thongkote M.N.S (Mental Health and Psychiatric Nursing)*
สรัญญา เปล่งกระโทก พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพเด็ก)* Saranya Plengkrateke M.N.S (Child Health Nursing)*
นภาพร ชินนาค พย.บ.** Napaporn Chinlanak B.N.S. **
ศักดิ์ขรินทร์ นรสาร วท.ม. (การพยาบาล)** Sakkarin Norrasan M.Sc. (Nursing)**
ปิยนุช ภิญโญ พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)** Piyanuch Phinyo M.N.S. (Community Nurse Practitioner) **
*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen
**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง Nam Phong Sub-District Health Promoting Hospital

Received: May 21, 2024

Revised: June 8, 2024

Accepted: June 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย 66.82 ปี (S.D. = 8.71) สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.73 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.09 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.82 ค่ามัธยฐานของรายได้ 6,425.45 บาท ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.71 ปี (S.D. = 6.59) ระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลังสูงสุดคือเดือนที่ 3 เฉลี่ย 152.09 mg% (S.D. = 64.34 mg%) และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.36 ระดับความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.36 ระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 43.64 เครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 5.45 เครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 3.64 และเครียดในระดับต่ำ ร้อยละ 0.91 โดยพบความเครียดมีความสัมพันธ์น้อย กับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -0.22$, $p\text{-value} = 0.01$)

จากผลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรมีการคัดกรองภาวะความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้พื้นที่สามารถวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และป้องกันการเกิดผลกระทบเชิงลบจากภาวะความเครียดสะสม ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : ความเครียด โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purpose of this study was to study the association between stress and related problems among type 2 diabetic patients in Nam Phong sub-district health-promoting hospital, Nam Phong district, Khon Kaen province. The study design was a cross-sectional analytical study. The sample consisted of 110 type 2 diabetic patients. The research instruments used structural interviews. Data were analyzed by descriptive statistics. The results revealed that Most of the subjects were female (68.18%), with an average age of 66.82 years (S.D. = 8.71), The majority were married (62.73%), had graduated from primary school (89.09%), and were farmers (31.82%). The median monthly income 6,425.45 Baht, the average duration of type 2 diabetic was 10.71 years (S.D. = 6.59), the average high fasting blood sugar level was 152.09 mg% (S.D. = 64.34) and 66.36% had complications. Most patients had normal stress levels (46.36%), high-stress levels (43.64%), slightly higher than normal stress levels (5.45%), moderate higher than normal stress levels (3.64%), and mild stress levels (0.91%). Stress was significantly correlated with type 2 diabetic disease ($r = -0.22$, $p\text{-value} = 0.01$).

In conclusion, type 2 diabetic patients experienced varying levels of stress. Stress screening for type 2 diabetic patients, should be carried out and planned to enhance healthy diabetic patients, particularly reducing the impact effects of severe stress mental health problems.

Keywords: Stress, Type 2 Diabetic

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกตามในปี ค.ศ. 2009 พบว่า โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของทุกประเทศทั่วโลก ถึงร้อยละ 63.00 มากกว่าการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ โรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการและการเสียชีวิตของมารดาและเด็กรวมกัน และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในปี 2019 พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) เป็นสาเหตุการตายหลักของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานมีแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น พบว่า ปี ค.ศ. 2009 การตายที่มีสาเหตุจากโรคเบาหวาน เป็นอันดับที่ 12 และเพิ่มสูง

ขึ้นอยู่ในอันดับที่ 9 ในปี ค.ศ. 2019 การเปลี่ยนแปลงคิดเป็น ร้อยละ 58.20⁽¹⁾

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเครียดและปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า⁽²⁾ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แบบกลับทางกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด⁽³⁾ ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ในชุมชนชนบทของประเทศไทย อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.20 โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ

และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾ จากผลการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเป็นการคัดกรองความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จากข้อมูลการฆ่าตัวตาย พบว่า อำเภอคำม่วงมีการฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับแรกของจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ อำเภอคำม่วง 35.31 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอคำม่วง 23.95 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอเปือยน้อย 17.49 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ ทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาสำรวจในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ในอำเภอที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับแรกของจังหวัด จึงจัดทำโครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น ผลที่คาดว่าจะได้รับ ทำให้ทราบข้อมูลภาวะความเครียดและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พร้อมทั้งนำข้อมูลภาวะความเครียดและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไปใช้ในการวางแผนสำหรับเป็นแนวทางดูแลด้านสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและลดอัตราการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่วิจัย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง

อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study)

ประชากรศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคำม่วง และพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 190 คน การกำหนดขนาดตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้ป่วยชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น และประยุกต์ใช้แบบประเมินการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด ลักษณะการทานยาโรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

โดยพิจารณาจากการประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ ด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน มีเกณฑ์ประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 - 5 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดในระดับต่ำมาก

ระดับคะแนน 6 - 17 มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิมีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 18 - 25 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อยซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวันอาจไม่รู้ว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว แต่ในที่สุดท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดได้และความเครียดระดับนี้ไม่ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ในกรณีนี้ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการหากิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนาน เพลิดเพลิน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือทำงานอดิเรกต่างๆ

ระดับคะแนน 26 - 29 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก จากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤตการณ์ในชีวิตเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้งซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความล่าช้าลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระดับคะแนน 30 - 60 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียด หรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงเรื้อรัง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต อย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว

รุนแรง เช่น เอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของ ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมากหากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธีอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้ในระดับนี้ท่านต้องไปปรึกษาหรือใช้บริการปรึกษาปัญหา

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาการความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนความชัดเจนของข้อความถาม ซึ่งคำนวณความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อความถามที่สร้างขึ้น จากดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้องเรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยทุกข้อมากกว่า 0.5 ขึ้นไป⁽⁷⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient alpha's cronbach) ลักษณะข้อความถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้ทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนในพื้นที่ที่คล้ายพื้นที่วิจัยคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวดีหมี อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.95⁽⁸⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อธิบายข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ด้วยค่าสถิติ Independent t-test และหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation: r)⁽⁹⁾ โดย ค่า $r = 0.90 - 1.00$ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
ค่า $r = 0.70 - 0.90$ มีความสัมพันธ์กันระดับสูง
ค่า $r = 0.50 - 0.70$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า $r = 0.30 - 0.50$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และ $r = 0.00 - 0.30$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (เลขที่ IRB BCNKK-54-2021) และผู้วิจัยได้อธิบายให้อาสาสมัครทราบถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทําวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่ออาสาสมัคร และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 66.82 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 8.71 ปี ต่ำสุด 40 ปี สูงสุด 84 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.73 หม้าย ร้อยละ 30.00 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 89.09 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.27 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.82 ค่ามัธยฐานของค่ารายได้ 6,425.45 บาท ต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 40,000 บาท ระยะเวลาเฉลี่ยในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ($\bar{X} = 10.71$ ปี, S.D. = 6.59) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 35 ปี ระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลัง โดยเดือนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดคือ เดือนที่ 3 ($\bar{X} = 152.09$ mg%, S.D. = 64.34) ต่ำสุด 52 mg% และสูงสุด 449 mg% และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.36 สูงสุดคือภาวะแทรกซ้อนที่จําประสาทตา และภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท เช่น มีอาการชา รองลงมาคือภาวะแทรกซ้อนที่ไต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	31.82
หญิง	75	68.18
อายุ $\bar{X} = 66.82$ ปี S.D. = 8.71 ปี ต่ำสุด = 40 ปี และสูงสุด = 84 ปี		
สถานภาพ		
โสด	2	1.82
สมรส	69	62.73
หม้าย	33	30.00
หย่าร้าง	6	5.45
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	98	89.09
มัธยมศึกษา / ปวช.	6	5.45
อนุปริญญา/ปวส.	4	3.64
ปริญญาตรี	2	1.82

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	37.27
เกษตรกรรวม	35	31.82
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	14.55
รับจ้างทั่วไป	15	13.64
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	2.73
รายได้ ค่ามัธยฐาน (Median) = 6,425.45 บาท บาท ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 40,000 บาท		
ระยะเวลาในการป่วย $\bar{X}$ = 10.71 ปี S.D. = 6.59 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 35 ปี		
ระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลัง		
เดือนที่ 1 $\bar{X}$ = 148.59 mg% S.D. = 52.04 mg% ต่ำสุด 85 mg% และสูงสุด 425 mg%		
เดือนที่ 2 $\bar{X}$ = 149.08 mg% S.D. = 50.73 mg% ต่ำสุด 81 mg% และสูงสุด 369 mg%		
เดือนที่ 3 $\bar{X}$ = 152.09 mg% S.D. = 64.34 mg% ต่ำสุด 52 mg% และสูงสุด 449 mg%		
ลักษณะการทานยาโรคเบาหวาน		
ทานยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์	105	95.45
ทานไม่สม่ำเสมอเนื่องจากลืม	5	4.55
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	37	33.64
มีภาวะแทรกซ้อน	73	66.36
ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา	40	36.36
ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท เช่น มีอาการชา	40	36.36
ภาวะแทรกซ้อนที่ไต	33	30.00
โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เช่น เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน	4	3.64
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	2	1.82
อื่น ๆ	4	3.64

2. ผลการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเครียดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ประเด็นอาการความรู้สึกหรือพฤติกรรมเกิดเป็นประจำ มากที่สุด คือ ประเด็นที่ 17 รู้สึกมีอาการปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อ

บริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่ ร้อยละ 12.73 รองลงมา คือ ประเด็นที่ 20 รู้สึกความสุขทางเพศลดลง ร้อยละ 10.91 ประเด็นที่ 5 ไม่อยากพบปะผู้คน ร้อยละ 8.18 และประเด็นที่ 1 ท่านรู้สึกนอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ ร้อยละ 4.55 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

อาการ ความรู้สึก หรือพฤติกรรม	ระดับความเครียด			
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. ท่านรู้สึกนอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ	45 (40.91)	58 (52.73)	2 (1.82)	5 (4.55)
2. ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	38 (34.55)	64 (58.18)	5 (4.55)	3 (2.73)
3. ท่านทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	20 (18.18)	85 (77.27)	2 (1.82)	3 (2.73)
4. ท่านรู้สึกท้อแท้	29 (26.36)	75 (68.18)	4 (3.64)	2 (1.82)
5. ท่านไม่อยากพบปะผู้คน	11 (10.00)	89 (80.91)	1 (.91)	9 (8.18)
6. ท่านรู้สึกปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง	27 (24.55)	78 (70.91)	3 (2.73)	2 (1.82)
7. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	20 (18.18)	87 (79.09)	1 (.91)	2 (1.82)
8. ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต	14 (12.73)	90 (81.82)	2 (1.82)	4 (3.64)
9. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	16 (14.55)	88 (80.00)	3 (2.73)	3 (2.73)
10. ท่านรู้สึกกระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	23 (20.91)	80 (72.73)	4 (3.64)	3 (2.73)
11. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	30 (27.27)	73 (66.36)	3 (2.73)	4 (3.64)
12. ท่านรู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร	29 (26.36)	73 (66.36)	6 (5.45)	2 (1.82)
13. ท่านรู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร	37 (33.64)	64 (58.18)	4 (3.64)	5 (4.55)
14. ท่านมีอาการหัวใจเต้นแรง	25 (22.73)	84 (76.36)	1 (0.91)	-
15. ท่านเสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่น เวลาไม่พอใจ	19 (17.27)	88 (80.00)	2 (1.82)	1 (0.91)
16. ท่านรู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	22 (20.00)	88 (80.00)	-	-
17. ท่านรู้สึกมีอาการปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	44 (40.00)	48 (43.64)	4 (3.64)	14 (12.73)
18. ท่านมีอาการตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	39 (35.45)	66 (60.00)	2 (1.82)	3 (2.73)
19. ท่านรู้สึกมึนงงหรือเวียนศีรษะ	44 (40.00)	61 (55.45)	3 (2.73)	2 (1.82)
20. ท่านรู้สึกความสุขทางเพศลดลง	13 (11.82)	79 (71.82)	6 (5.45)	12 (10.91)

จัดกลุ่มระดับความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วย ร้อยละ 43.64 และเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก โรคเบาหวานเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ ร้อยละ 5.45 ดังตารางที่ 3 46.36 รองลงมาคือ เครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการจัดกลุ่มความเครียดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดในระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน)	1	0.91
เครียดระดับอยู่ในเกณฑ์ปกติ (6 - 17 คะแนน)	51	46.36
เครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18 - 25 คะแนน)	48	43.64
ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง (26 - 29 คะแนน)	4	3.64
ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก (30 - 60 คะแนน)	6	5.45
รวม	110	100.0

3. การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นปัญหาอยู่ในระดับมากที่สุด สูงสุด คือ ประเด็น 1 ท่านกลัวเมื่อคิดว่าต้องมีชีวิตอยู่กับการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

($\bar{X} = 3.99$, S.D.=1.07) รองลงมาคือ ประเด็น 9 การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้ท่านรู้สึกแปลกแยกกับครอบครัว และชุมชน ($\bar{X} = 3.86$, S.D.=1.18) และประเด็น 8 การป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ($\bar{X} = 3.85$, S.D.=1.06) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

สภาพปัญหา	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. ท่านกลัวเมื่อคิดว่าต้อง มีชีวิตอยู่กับการป่วยเป็น โรคเบาหวาน	3 (2.73)	5 (4.55)	7 (6.36)	70 (63.64)	25 (22.73)	3.99	1.07	มาก
2. ท่านกลัวเมื่อคิดว่าท่านจะ ทำงานได้น้อยลงและมี ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น	9 (8.18)	7 (6.36)	12 (10.91)	65 (59.09)	17 (15.45)	3.67	0.95	มาก
3. ท่านเศร้าเมื่อคิดว่าตัวเอง ต้องมีชีวิตอยู่กับ โรคเบาหวานที่ไม่มี ทางรักษาให้หายขาดได้	5 (4.55)	6 (5.45)	5 (4.55)	83 (75.45)	11 (10.00)	3.81	1.27	มาก

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

สภาพปัญหา	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
4. ท่านกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ตาอาการชา แผลที่เท้า ไต เป็นต้น	15 (13.64)	3 (2.73)	13 (11.82)	60 (54.55)	19 (17.27)	3.59	0.87	มาก
5. การป่วยเป็นเบาหวานทำให้ท่านมีความยุ่งยากลำบากขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน	9 (8.18)	5 (4.55)	19 (17.27)	62 (56.36)	15 (13.64)	3.62	0.89	มาก
6. เมื่อต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ	11 (10.00)	6 (5.45)	10 (9.09)	61 (55.45)	22 (20.00)	3.70	0.90	มาก
7. ท่านกังวลต่อการเป็นภาระของครอบครัว	6 (5.45)	5 (4.55)	10 (9.09)	79 (71.82)	10 (9.09)	3.74	1.19	มาก
8. การป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง	6 (5.45)	3 (2.73)	11 (10.00)	71 (64.55)	19 (17.27)	3.85	1.06	มาก
9. การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้ท่านรู้สึกแปลกแยกกับครอบครัวและชุมชน	6 (.45)	2 (1.82)	9 (8.18)	78 (70.91)	15 (13.64)	3.86	1.18	มาก
10. การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้ท่านรู้สึกมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนน้อยลง	12 (10.91)	4 (3.64)	11 (10.00)	67 (60.91)	16 (14.55)	3.64	0.98	มาก

4. ความสัมพันธ์ภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 พบว่า ภาวะความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.22$) กับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน		ระดับความสัมพันธ์
	สถิติ	ค่าสถิติ	
ภาวะความเครียด	ค่าสถิติ Pearson Correlation	-0.224	ระดับต่ำมาก
	ค่า p-value	0.019	

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพองอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 66.82 ปี (S.D. = 8.71) สถานภาพสมรส จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ค่ามัธยฐานของรายได้ เท่ากับ 6,425.45 บาท ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 40,000 บาท ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 10.71 ปี (S.D. = 6.59) ระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลังสูงสุดคือเดือนที่ 3 เฉลี่ย 152.09 mg% (S.D. = 64.34 mg%) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา และภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท เช่น มืออาการชา รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต โดยระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย สูงกว่าปานกลาง และสูงกว่าปกติมาก รวมกันมีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด โดยส่วนใหญ่มีสภาพปัญหาเกี่ยวกับต้องมีชีวิตอยู่กับการป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นส่งผลทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ ความกังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ตา อาการชา แผลที่เท้า ไต เป็นต้น และการป่วยเป็นโรคเบาหวานทำให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และภาวะความเครียดมีความสัมพันธ์น้อยกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -0.22$, $p\text{-value} = 0.019$)

อภิปรายผล

จากสรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพองอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีประเด็นในการอภิปรายผลดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค่าเฉลี่ยอายุ 66.82 ปี (S.D. = 8.71) ค่ามัธยฐานรายได้ 6,425.45 บาท ค่าเฉลี่ยระยะเวลา 10.71 ปี (S.D. = 6.59) ระดับน้ำตาลในเลือด 3 เดือนย้อนหลังสูงสุดในเดือนที่ 3 และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสูงสุดคือภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา และภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท เช่น มืออาการชา รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต สอดคล้องกับการศึกษาของชนัญช์แจ่มจิตตรง และรัตนาลำโรงทอง⁽⁴⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ในชุมชนชนบทของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง 103 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 61.57 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ระยะเวลาเฉลี่ย 5 - 9 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนคิดเป็น ร้อยละ 86.4

2. ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเครียดอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 46.36 รองลงมาคือ เครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 43.64 ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 5.45 ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 3.64 และความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.91 สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตาวดี สายสิน และคณะ⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาระดับความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 78.84 รองลงมาคือ ความเครียดระดับต่ำ และระดับสูง ร้อยละ 9.62 เท่ากัน และความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 1.92 และการศึกษาของชลวิภา สลักขณานุรักษ์ วโรดม ใจสนุก และเบญญา มุกตพันธุ์⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 และมีความเครียดสูงถึงรุนแรง ร้อยละ 22.8

3. ความสัมพันธ์ของภาวะความเครียดกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความเครียดที่มีความสัมพันธ์น้อย กับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -0.22$, $p\text{-value} = 0.019$) โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นแบบตรงข้ามกันหรือแบบกลับทาง กล่าวคือ มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน มาก แต่มีความเครียดน้อย เช่น การศึกษาของชลวิภา สลักขณานุรักษ์ วโรดม ใจสนุก และเบญญา มุกตพันธุ์⁽³⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แบบกลับทางกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อย่างไรก็ดีตามควร

ให้ความสำคัญในการคัดกรองและรักษาภาวะซึมเศร้า และแนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันภาวะรุนแรงของโรคซึมเศร้า และการศึกษาของดวงฤทัย ไพโรบิ่ง และคณะ⁽¹¹⁾ ได้เสนอให้รับทราบความเครียดผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษา ส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ไม่เป็นอันตรายจากการเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่ทำให้เป็นภัยคุกคามทั้งต่อการดำเนินชีวิตและจิตใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1.1 ควรมีการคัดกรองความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจจะมีภาวะความเครียดสะสมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

1.2 จากผลการศึกษายังพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะความเครียดรุนแรง ร้อยละ 5.45 ดังนั้น พื้นที่ควรมีการนำข้อมูลดังกล่าววางแผนสำหรับการเฝ้าระวังเชิงลึกในพื้นที่ตลอดจนเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพปฐมภูมิในการวางแผนจัดการความเครียด โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น ศูนย์สุขภาพจิต เป็นต้น

1.3 ควรมีการคัดกรองหรือประเมินภาวะความเครียดผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังทุกโรค เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหามาตรฐานความเครียดและสุขภาพจิตในชุมชน โดยเน้นกลไกการมีส่วนร่วมจากชุมชน ประกอบด้วย ประชาชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตลอดจนหน่วยงานเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นชุมชนต้นแบบในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตใน

2.2 ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย เป็นต้น โดยเชื่อมโยงระบบข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างครบวงจร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ยวีร์ อมรโรจน์วรูฒิ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการทำวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอคุณนายสุรัตน์ ปาโพธิ์ชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำพอง และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาคุณภาพงานดูแลรักษาตลอดจนเพิ่มพูนทักษะทางวิชาการเป็นประโยชน์ต่อชุมชนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Global Health Metrics. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396(10258): 1204–22.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคภา โคตรนารา, เนตรชนก แก้วจันทา. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2557; 59(3): 287–98.
- ชลวิภา สลักขณานุรักษ์, วโรตม ใจสนุก, เบญจามุกตพันธุ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2559; 31(1): 34–45.
- ชาญชัย แจ่มจิตรตรง, รัตนา ลำโรงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารสหเวชศาสตร์* 2562; 4(1): 54–66.
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. 2563.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
- Cronbach LJ. *Educational Psychology*. New York: Harcourt Brace And World, Inc.; 1963.
- Hinkle DE, William W, Stephen GJ. *Applied Statistics for the Behavior Sciences*. 4th. New York: Houghton Mifflin; 1998.
- ชนิดาวดี สายิน, ณิชนันธุ์วิ เพ็งพล, พรรณงามวรรณพฤกษ์, กิรณานันท์ สนธิธรรม, เครือวัลย์ดิษเจริญ, ณัฐณณร์ หาศิริ และคณะ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2563; 23(3): 67 – 76.
- ดวงฤทัย ไพโรบิ่ง, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจอำนาจสัตย์เชื้อ, ทศนีย์ รวีวรกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล* 2562; 35(2): 153–61.

การพัฒนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Development of Policy for Dependent People Caring with Telemedicine by Collaboration of District Health Board Chachoengsao Province

สมบัติ ทังทอง ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

กานต์นรินทร์ จารมร ปร.ด. (วิจัย วัดผลและสถิติการศึกษา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Sombat Tangtong (M.P.H. (Public Health))

Karnnarut Jaramorn (Ph.D. (Educational Research, Evaluation and Statistics))

Chachoengsao Provincial Public Health Office

Received: May 16, 2024

Revised: June 13, 2024

Accepted: July 1, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนโยบายและประเมินผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงนโยบาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง การสุ่มแบบชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และการสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ระยะไกล จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) กำหนดให้การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ทางไกลให้เป็นวาระหลัก 2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการระดมทรัพยากร 3) พัฒนากลไกการใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) ประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกลและระบบสารสนเทศการแพทย์การไกล (Dash Board) เพื่อความเข้าใจของชุมชนและเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการและ 5) สนับสนุนความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษากับหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพื่อติดตามผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง และผลการประเมินนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ระยะไกล พบว่าการจัดบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทราในภาพรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.80) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้งด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต พบว่ามีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน โดยด้านสภาพแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.85 รองลงมาได้แก่ด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 3.41$,

S.D. = 0.76) ด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 1.02) และด้านผลผลิต ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 1.12) ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและจัดระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล

คำสำคัญ : การดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง เทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล

Abstract

The purpose of this study were to develop a policy and evaluate dependent people caring with telemedicine by collaboration of District Health Board Chachoengsao province. This study was policy research that used a mixed method to qualitative and quantitative. The sample groups study include: District Health Board, public health officer, local government organization officer, caregivers and dependent people caring by purposive sampling, stratified random sampling and simple random sampling. Research instruments were record forms, group discussions, in-depth interviews and questionnaires. Data collected by focus groups, interviews and surveys. Quantitative data were analyzed using basic statistics and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that; the policy for dependent people caring by telemedicine Chachoengsao province consists of 5 element, 1) Making for dependent people caring used telemedicine a main agenda. 2) Encourage local administrative organizations to be the main hosts for mobilizing resources. 3) Develop skills in telecommuting for personal. 4) Publicizing the telemedicine system and dash board for the understanding of the community and increase coverage access to services and 5) Support cooperation between educational institution with public health office to follow up on care for dependent people. The results of evaluate dependent people caring by telemedicine Chachoengsao province found that; the overall care services for dependent people caring in Chachoengsao province was to be practiced at a high level ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.80). And when considering each factor found that; context factor, input factor, process factor and outcome factor were to be practiced at a high level. Context factor had the highest average ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.85), input factor ($\bar{X} = 3.41$, S.D. = 0.76), process factor ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 1.02) and outcome factor ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 1.12). The results of the study can be used as information for planning and organize a system of telemedicine for dependent people caring.

Keywords: Caring, Dependent People, Telemedicine

บทนำ

ปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญในการดูแลสุขภาพ คือ การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาล ที่มากขึ้น ทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ความไม่สะดวกในการเดินทาง การเสียค่าใช้จ่ายและการเสียเวลาของทั้งผู้ป่วยและญาติ ประกอบกับประชาชนที่เจ็บป่วยมุ่งเข้ามารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง ทำให้เป็นภาระหนักของโรงพยาบาลเหล่านั้นและเป็นภาระหนักทางด้านค่าใช้จ่ายและเวลาของประชาชนที่ต้องเดินทางเข้ามาใช้บริการทาง

สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพไทย เพราะเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับชุมชนที่ชาวบ้านรู้จักและนิยมใช้บริการมากขึ้นเป็นลำดับ ทั้งในปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือถูกนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างแพทย์ต้นทางกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข โดยมีการเชื่อมโยงเครือข่ายคอมพิวเตอร์ระหว่างต่างสถานที่ ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้ระหว่างกัน

และกันได้ พร้อมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปรึกษาเสมือนกับคนไข้ที่อยู่ในห้องเดียวกัน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติแพทย์ สามารถแจ้งให้มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันทีที่สามารถวินิจฉัยอาการได้ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับการเดินทางหรือกรณีแพทย์ ผ่าตัดใช้วิธีวิดีโอติดตามการผ่าตัดคนไข้ได้โดยไม่ต้องเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่งหรือการเชื่อมต่อระบบโรงพยาบาลกับสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นไปอย่างถูกต้องรวดเร็ว แม่นยำ เป็นต้น⁽¹⁾ โดยระบบการแพทย์ทางไกลสามารถนำมาใช้งานได้หลายลักษณะประกอบด้วย 1) ระบบให้คำปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจะให้คำปรึกษาหรือวินิจฉัยสุขภาพโดยการพูดคุยและสอบถามอาการผู้ป่วยผ่านกล้องวิดีโอ โดยอาจรวมถึงการส่งข้อมูลสัญญาณชีพภาพหรือวิดีโอของผู้ป่วยมายังผู้เชี่ยวชาญเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย 2) ระบบเฝ้าระวัง เช่น เฝ้าระวังสุขภาพที่บ้านโดยการนำอุปกรณ์ตรวจวัดต่างๆ ไปติดตั้งที่บ้านโดยข้อมูลสัญญาณต่างๆ จะถูกส่งมายังศูนย์เฝ้าระวังหรือโรงพยาบาล ถ้าสัญญาณชีพที่ส่งมามีความผิดปกติก็จะแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยทันที 3) ระบบให้ข้อมูลสุขภาพเป็นระบบที่ให้บริการสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพหรือให้คำปรึกษาโรค โดยผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูลโดยผ่านเครือข่ายหรือปรึกษาออนไลน์กับผู้เชี่ยวชาญ 4) ระบบเรียนรู้ทางการแพทย์ เป็นทั้งแหล่งเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้ให้กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญโดยระบบจะทำหน้าที่รวบรวมความรู้จากบทความ ภาพทางการแพทย์หรือจากแหล่งต่างๆ ผู้ใช้สามารถสืบค้นข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลความรู้เพื่อประโยชน์ด้านการศึกษาได้⁽²⁾

จังหวัดฉะเชิงเทรา ณ เดือนสิงหาคม 2566 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 730,543 คน แยกเป็นชาย 357,453 คน เป็นหญิง 373,090 คน และมีครัวเรือนทั้งสิ้น 338,168 ครัวเรือน ซึ่งอำเภอเมืองฉะเชิงเทรามีประชากรสูงที่สุด รองลงมาคืออำเภอบางปะกงและอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ตามลำดับ สำหรับอำเภอราชสาส์น และอำเภอคลองเขื่อนจะมีประชากรเบาบางที่สุด เมื่อจำแนกตามเพศพบว่าเพศหญิงมากกว่าชาย เมื่อเปรียบเทียบขนาดของประชากรต่อพื้นที่พบว่า อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด คิดเป็นอัตราส่วน 1 ตารางกิโลเมตรต่อประชากร 428 คน รองลงมาคืออำเภอบางปะกงและอำเภอบ้านโพธิ์ ตามลำดับ อำเภอที่มีประชากรหนาแน่นน้อยที่สุดคืออำเภอท่าตะเกียบ และอำเภอสนามชัยเขต คิดเป็นอัตราส่วน 1 ตารางกิโลเมตรต่อประชากร 44 คน และ 45 คนตามลำดับ ในปี 2564 - 2566 จังหวัดฉะเชิงเทรามีจำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 254,500 คน, 256,865 คน และ 259,958 คน คิดเป็นอัตราส่วนการพึ่งพิง เท่ากับ 54.18, 54.67 และ 55.24 ตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งจากแนวโน้มจำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้นส่งผลต่อปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการให้บริการแบบไร้รอยต่อและเพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสุขภาพและปัญหาของระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนา นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อพัฒนา นโยบายและประเมินผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนระดับนโยบายและระดับปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับชุมชนและท้องถิ่นในการวางแผนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนา นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อประเมินผลนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mix method)⁽⁴⁾ โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างประเด็นพัฒนาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทรา วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทรา และรวบรวมปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องและปัญหากระบวนการเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาประเด็นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยดำเนินการจัดเวทีประชุมระดมความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง รับฟังข้อเสนอการพัฒนาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล และร่างข้อเสนอนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล

ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจในนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยดำเนินการสื่อสารในประเด็นพัฒนาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล และรับฟังข้อเสนอ นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล

ขั้นตอนที่ 4 ขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กำหนดแนวทางการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ติดตามการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และสื่อสารผลการดำเนินงานในชุมชนแก่สาธารณะ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยสำรวจความคิดเห็นของผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) / คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ได้แก่ บุคลากร

จากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ในประเด็นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ตามรูปแบบ CIPP model ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Output) เพื่อสรุปผลการประเมินและสรุปเป็นนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ หรือผู้ช่วยเหลือดูแล จำนวน 1,808 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 126 คน ได้แก่ บุคลากรจากโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม และ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) จำนวน 33 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 1,967 คน

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ทำงานด้านการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทำการสนทนากลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มบุคลากรโรงพยาบาล และกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) รวม 33 คน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 11 คน

3. การสำรวจ (Survey) ความคิดเห็นเพื่อประเมินนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาร์ยามาเน (ระดับความเชื่อมั่น 95%) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified

sampling) และสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ จำนวน 224 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 96 คน และผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)
2. แบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
3. แบบประเมินนโยบายการดูแลผู้มีภาวะ

พึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปโมเดล (CIPP model) ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามการประเมินระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 เขตพัฒนาการท่องเที่ยว 12 เมืองต้องห้ามพลาต⁽⁵⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องกับเนื้อหาของแบบสอบถาม (IOC: Item Objective Congruence Index) โดยดำเนินการคัดเลือกข้อความที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ดำเนินการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)⁽⁶⁾ พบว่า เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนานโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

1.1 การวิเคราะห์บริบทและสภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลการสนทนากลุ่ม จำนวน 33 คน ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือผู้แทน 11 อำเภอ อำเภอละ 1 คน รวม 11 คน บุคลากรผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาล 11 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 11 คน และผู้ช่วยเหลือดูแล 11 อำเภอ อำเภอละ 1 คน รวม 11 คน รวมทั้งสิ้น 33 คน โดยวิเคราะห์บริบทชุมชนสถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิง และสภาพการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living: ADL) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทและสภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างประเด็นพัฒนาการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

ประเด็น	ผลการสนทนากลุ่ม	สภาพบริบทผู้มีภาวะพึ่งพิง
1. บริบทชุมชนและสถานการณ์ผู้มีภาวะพึ่งพิง	ประชากรของจังหวัดฉะเชิงเทรา ณ เดือนสิงหาคม 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 730,543 คน เป็นชาย 357,453 คน หญิง 373,090 คน มีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 338,168 ครัวเรือน อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีประชากรสูงสุดร้อยละ 22.50 รองลงมาคืออำเภอบางปะกง และอำเภอบางน้ำเปรี้ยวตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบขนาดของประชากรต่อพื้นที่พบว่า อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด รองลงมาคืออำเภอบางปะกง และอำเภอบ้านโพธิ์ โดยอำเภอที่มีผู้มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 22.11) รองลงมาคืออำเภอบางน้ำเปรี้ยว (ร้อยละ 12.60) และอำเภอบางปะกง (ร้อยละ 12.47) อำเภอที่มีผู้มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอรสาชาน (ร้อยละ 1.99) เมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการพึ่งพิงในผู้มีภาวะพึ่งพิงปี 2562-2566 พบว่า อัตราการพึ่งพิงวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) มีแนวโน้มลดลงเท่ากับร้อยละ 26.35, 26.50, 26.03, 25.45 และ 24.89 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราการพึ่งพิงวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 25.99, 27.20, 28.15, 29.22 และ 30.35 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการพึ่งพิงรวม (ต่ำกว่า 15 ปีและ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ ร้อยละ 52.34, 53.70, 54.18, 54.67 และ 55.24 ตามลำดับ	แนวโน้มผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น
2. สภาพการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living : ADL)	- ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 107,428 คน คิดเป็นร้อยละ 90.36 และในจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงอายุที่ได้รับ การคัดกรองพบว่าเป็นกลุ่มติดสังคม (ADL12-20 คะแนน) จำนวน 105,620 คน (ร้อยละ 98.32) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) จำนวน 1,250 คน (ร้อยละ 1.16) และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงอายุจำนวน 558 คน (ADL 0-4 คะแนน) (ร้อยละ 0.52) โดยอำเภอที่พบจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวมสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (ร้อยละ 19.36 ของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงทั้งหมด) รองลงมาได้แก่ อำเภอนวมสารคาม (ร้อยละ 15.32) และอำเภอบางคล้า (ร้อยละ 14.71)	แนวโน้มภาวะพึ่งพิงสูงอายุติดบ้านและติดเตียง

1.2 การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 33 คน ประกอบด้วย

ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือผู้แทน 11 อำเภอ อำเภอละ 1 คน รวม 11 คน บุคลากรรับผิดชอบงานการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง 11 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน รวม 11 คน และผู้ช่วยเหลือดูแล 11 อำเภอๆ ละ 1 คนรวม 11 คน รวมทั้งสิ้น 33 คน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็น	ผลการสนทนากลุ่ม	ประเด็นปัญหา
ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิง	1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีความเข้าใจว่าการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขเท่านั้น การทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง	หน่วยงานเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
	2. จากรายงานข้อมูลเกี่ยวกับกองทุนพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่สนใจเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เนื่องจากยังขาดความเข้าใจในแนวทางการเบิกจ่ายงบประมาณ และไม่ต้องการเพิ่มภาระงาน นอกจากนี้พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สมัครเข้าร่วมกองทุน มีบางพื้นที่ที่ไม่สามารถเบิกจ่ายงบประมาณได้ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Giver) ไม่ได้รับค่าตอบแทน	การดำเนินงานของกองทุน
	3. ความต้องการด้านบริการ พบว่า ผู้มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคขาดสารอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่และบุตรหลานไม่เชื่อฟังคำสั่งสอน ด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าในชุมชนมีสภาพแวดล้อมเหมาะสม แต่ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความต้องการของผู้มีภาวะพึ่งพิงคือ ส่วนใหญ่ต้องการให้มีคนมาดูแลในช่วงเวลากลางวัน โดยต้องการผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว หากเป็นบุคคลอื่นขอเป็นผู้มีจิตเมตตาและต้องการให้ช่วยในด้านการเคลื่อนไหว อาหาร และการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญผู้ป่วยและญาติขาดความเชื่อมั่นในผู้ดูแลและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแล	ความต้องการด้านบริการของผู้มีภาวะพึ่งพิง

1.3 ผลการพัฒนาประเด็นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลจากการสนทนากลุ่มข้อมูลบริบทและสภาพการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่พบแนวโน้มผู้มีภาวะพึ่งพิงและแนวโน้มภาวะพึ่งพิงสูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือ หน่วยงานเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเข้าใจว่าการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขเท่านั้น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่สนใจเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และความต้องการด้านบริการของผู้มีภาวะพึ่งพิงนำไปสู่การกำหนดประเด็นการพัฒนานโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกความร่วมมือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและการดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนาประเด็นการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็นผู้ดูแล	ความเห็นจากการสนทนากลุ่ม	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
ครอบครัว	ครอบครัว ผู้ดูแลหลักคือครอบครัวและเครือญาติได้แก่ คู่สมรส ญาติ และการดูแลโดยคู่สมรสและบุตรในครัวเรือนเดียวกัน กิจกรรมหลักในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การดูแลด้านอาหาร ด้านร่างกาย การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และการรักษาพยาบาลโดยพาพบแพทย์ตามนัด การดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้านการออกกำลังกายพบว่า มีน้อย	1. กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์ทางไกลให้เป็นวาระหลักสำคัญ อันดับแรก โดยเน้นการดูแลในชุมชนและการบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยนายอำเภอเป็นประธานและมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
เครือข่ายชุมชน	- เครือข่ายชุมชน หรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น การจัดการบริการด้านการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงของชุมชนประกอบด้วย ระบบเครือญาติโดยผู้มีภาวะพึ่งพิงมีญาติในชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/เพื่อนบ้าน โดยผู้ดูแลไม่ใช่ญาติหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีญาติอยู่ในชุมชน มีเพื่อนบ้านใกล้เคียงให้การช่วยเหลือดูแลการดำเนินชีวิต/ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน โดยจัดสรรผลประโยชน์กองทุนต่างๆ ได้แก่ กองทุนระบบการดูแลระยะยาว กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	2. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการระดมทรัพยากรที่จำเป็นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงานภาครัฐ	- สมาชิกประสานขอความช่วยเหลือเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอก และกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ	3. พัฒนาศักยภาพการใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ระยะไกลตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
	เครือข่ายบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลด้านสุขภาพประกอบด้วย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน/องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนเบี้ยยังชีพ และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้การดูแลด้านการสงเคราะห์	4. ประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนของชุมชนและเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ
		5. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษากับหน่วยงานด้านสาธารณสุขแลหน่วยงานด้านสังคม เพื่อติดตามผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.4 ผลการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนี้

ผลการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเด็น	ผลการดำเนินงาน
1. กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	บรรจุเป็นวาระสืบเนื่อง ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยนายอำเภอเป็นประธานฯ มีการติดตามผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าด้านการจัดระบบบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียงและผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อนต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือมีการดำเนินงานโดยประสานทีมหมอครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักการแพทย์แผนไทยและนักวิชาการสาธารณสุขติดตามเยี่ยม ร่วมกับนายอำเภอหรือผู้แทนนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งครอบคลุมทุกอำเภอ
2. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการระดมทรัพยากร	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการระดมทรัพยากร โดยบรรจุในแผนการใช้จ่ายงบประมาณประจำปีของเทศบาลตำบล/ องค์การบริหารส่วนตำบล ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องมีการวางแผนการช่วยเหลือทั้งในเรื่องการรักษาพยาบาล การจัดการสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
3. พัฒนาศักยภาพการใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	มีการจัดอบรมการใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยโรงพยาบาลพุทธโสธรร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และมีช่องทางสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการใช้การแพทย์ระยะไกล
4. ประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกล	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และช่วยค้นหาผู้มีภาวะพึ่งพิงติดบ้าน/ติดเตียงที่ไม่ได้รับการดูแล ผู้ที่อยู่คนเดียวและผู้ที่อยู่ด้วยกันตามลำพังเพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแลโดยชุมชน
5. สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษากับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสังคม	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ทางไกล โดยมีภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและภาคประชาชนเข้าร่วมการประชุม

2. ผลการประเมินนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการวิเคราะห์การประเมินผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามแนวทางรูปแบบการประเมินแบบชิปปิ

โมเดล (CIPP model) จำแนกตามปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน พบว่า ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสภาพแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
ด้านสภาพแวดล้อม	4.10	0.85	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.41	0.76	มาก
ด้านกระบวนการ	3.33	1.02	มาก
ด้านผลผลิต	3.25	1.12	มาก
รวม	3.55	0.80	มาก

ผู้วิจัยได้นำผลการประเมินเชิงปริมาณตามแนวทางการประเมินแบบชิปปิโมเดล (CIPP model) ไปดำเนินการสนทนากลุ่ม พบว่า ด้านสภาพแวดล้อม สามารถสรุปข้อมูลได้ว่า “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความพร้อมในการดำเนินงานดูแลผู้ภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ทางไกล มีการขึ้นทะเบียนสิทธิผู้มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ยังมีแกนนำในการทำงานประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลโดยคนในชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี” ด้านปัจจัยนำเข้า สามารถสรุปข้อมูลได้ว่า “หน่วยงานต่าง ๆ มีงบประมาณเพียงพอในการจัดทำแผนงาน/โครงการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงสำหรับการขับเคลื่อนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ผู้บริหารหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ของบุคลากร

มีการพัฒนาระบบสื่อสารและสื่อเทคโนโลยี รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์โดยขอความร่วมมือจากคนในชุมชนเพื่อให้ ผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น” ด้านกระบวนการดำเนินงาน สามารถสรุปข้อมูลได้ว่า “มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น มีการติดตามผลการดำเนินงานตามแผน/ กิจกรรม มีการกำหนดทีมติดตามเยี่ยมทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยรูปแบบที่ไม่เป็นทางการส่วนใหญ่เน้นการพูดคุย ให้กำลังใจ ในส่วนที่เป็นทางการเน้นผลลัพธ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น ผลการรักษาพยาบาล การดูแลคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม เป็นต้น” และด้านผลผลิต สามารถสรุปข้อมูลได้ว่า “ระบบแพทย์ทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาและพูดคุยกับแพทย์ได้โดยตรงสามารถลดระยะเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งเป็นการสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการภาครัฐและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน”

อภิปรายผล

1. นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์ทางไกลให้เป็นวาระหลักสำคัญ 2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลัก โดยเน้นการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนาทักษะการใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) ประสานสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกล และ 5) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษากับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสังคมเพื่อพัฒนาระบบติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยพบว่าบทบาทของชุมชนท้องถิ่นคือการเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้านญาติ เพื่อนบ้านใกล้ชิด ผู้นำ อสม. องค์กรในชุมชน อปท. และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐ โดยผสมผสานทุนทางสังคมและสวัสดิการมาใช้ในการช่วยเหลือแต่ยังทำได้ในวงแคบไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง⁽⁷⁾ และการศึกษาเรื่องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า กลไกกองทุนตำบลและ อปท. เป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการบริหารจัดการ⁽⁸⁾ และการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือและกระบวนการทำงานเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบายคือ มีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น และมีรูปแบบการทำงานที่ชัดเจนขึ้นและทำงานได้ตามแผนงานที่กำหนดไว้⁽⁹⁾

2. ผลการประเมินนโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ในภาพรวมการจัดบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง

มีการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.80) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้งด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต พบว่ามีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงวัยในศตวรรษที่ 21 เขตพัฒนาการท่องเที่ยว 12 เมืองต้องห้ามพลาต พบว่าการประเมินระบบการแพทย์ทางไกลด้านการถ่ายทอดความรู้ ด้านความยั่งยืน ด้านบริบท ด้านผลผลิต ด้านประสิทธิภาพ ด้านกระบวนการ ด้านผลกระทบและด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมากทุกด้าน และแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลด้านบริบท ควรมีกฎหมายที่รองรับการปฏิบัติงาน ด้านปัจจัยนำเข้า ควรมีการประเมินอัตราค่าจ้าง กำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ ด้านกระบวนการควรมีการพัฒนาคุณภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ด้านผลผลิตควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลผู้รับบริการ⁽⁵⁾ และการศึกษาประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลบ้านลำ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้แก่ 1) โครงการควรได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้จัดการระบบควรมีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน 3) ควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ 4) ควรมีเวทีเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน 5) ควรมีนักบริหารที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้ที่มีจิตอาสาด้วยใจจริง⁽¹⁰⁾

สรุปผลการวิจัย

1. นโยบายการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ระยะไกลโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดฉะเชิงเทรา มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์ทางไกลให้เป็นวาระหลักสำคัญอันดับแรก โดยเน้นการดูแลในชุมชนและการบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการระดมทรัพยากรที่จำเป็นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาล

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) พัฒนา ทักษะ การใช้ระบบการสื่อสารทางไกลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบการแพทย์ระยะไกล 4) ประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ทางไกลและระบบสารสนเทศการแพทย์การไกล (Dash Board) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนของชุมชน และเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการ และ 5) สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสังคม เพื่อติดตามผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ผลประเมินผลการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ระยะไกล จังหวัดจะเข้จะเทรา พบว่า ในภาพรวมการจัดบริการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดจะเข้จะเทรา มีการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$, $S.D.=0.80$) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้งด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และ ด้านผลผลิต พบว่า มีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับนโยบายควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบสนับสนุนผู้นำนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ควรสนับสนุนให้ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในเวทีที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

3. ทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ต้องมีความรู้ และทักษะในระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อให้สามารถประเมินความต้องการ และพัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเพิ่มศักยภาพระบบเครื่องมือสื่อสาร ติดตั้งอินเทอร์เน็ต เพื่อไม่ให้เกิดอุปสรรคในเรื่องของระยะทาง

4. ควรมีการจัดเวทีถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีระดมสมองทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้สามารถปรับปรุงการบริการระบบการแพทย์ระยะไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Pender J. Nola. Health promotion in nursing practice. 6th ed. New Jersey: Pearson Education; 2001.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเข้จะเทรา. สรุปผลการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ 2566. จะเข้จะเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเข้จะเทรา; 2566.
4. สุนธธ คงศิลป์, สุขุม เจียมตน. การวิจัยเชิงนโยบายคืออะไรและทำอย่างไร. วารสารบริหารงานสาธารณสุข 2550; 13(2): 56-71.
5. วิภาดา มุกดา, วันเพ็ญ ควรสมาน. การประเมินระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 เขตพัฒนาการท่องเที่ยว 12 เมืองต้องห้ามพลาต. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี 2563; 14(3): 178-97.
6. วาโร เฟ่งสวัสดิ์. วิถีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุริยาสาส์; 2551.
7. ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟ่งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, วาร ศรีสุพล. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
8. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
9. ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(3): 437-51.

10. รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์, ฌภัทรกฤต จันทวงศ์. การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลา อำเภอลือชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558; 24(6): 1076-85.

ประสบการณ์และผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

Experience and Therapeutic Acupuncture Outcomes for Stroke Patients on the Rehabilitation Period in a Hospital

ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร ส.ม.(บริหารงานสาธารณสุข)*

พรรณี บัญชรหัตถกิจ ส.ด.(สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์)**

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว ปร.ด.(แพทยศาสตรศึกษา)***

*แพทย์แผนจีน คลินิกหมอครอบครัว

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

**คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

***คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

Piyaporn Pongprayoon M.P.H. (Public Health Administration)*

Pannee Banchonhattakit Dr.P.H. (Health Education & Behavior Science)**

Roongrote Poomriew Ph..D. (Medical Education)***

*Traditional Chinese Medicine, Family Medicine Clinic,

Chaophraya Yommarat Hospital

**Faculty of Public Health,

Valaya Alongkorn Patronage Rajabhat University under the Royal Patronage

***Faculty of Health Science, Siam Technology College

Received: February 23, 2023

Revised: February 27, 2024

Accepted: June 23, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มในมุมมองของผู้ป่วย เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการรักษาฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มจำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 48.54 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 28 ปี อายุมากที่สุดคือ 79 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ (สมรส/อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 65.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 83.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.0 ประสบการณ์การเลือกใช้บริการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในมุมมองของผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มอย่างน้อย 20 ครั้ง เกิดจากพฤติกรรม 4 ด้านคือทัศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจในการรักษา และความรู้ความเข้าใจในการรักษา ส่วนผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนการฝังเข็มอยู่ในช่วงคะแนน 9-11 คะแนน (ภาวะพึ่งพิงปานกลาง) หลังการฝังเข็มมีคะแนนอยู่ในช่วง 12-20 คะแนน (ไม่เป็นการพึ่งพิง) และมีความพึงพอใจในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม จากการบริการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการที่ประทับใจ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เป็นมิตร ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัย

ดังนั้น ประสบการณ์การเลือกใช้บริการและผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็ม สามารถสร้างความมั่นใจทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ควรนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยการบริการฝังเข็มสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูต่อไป

คำสำคัญ: การฝังเข็ม การแพทย์แผนจีน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

Abstract

This qualitative research design aimed to study the experience of receiving treatment with acupuncture in rehabilitation stroke patients and the effects of acupuncture treatment of rehabilitation stroke patients on the perspective of patients. Data were collected after the program of the acupuncture treatment in rehabilitation stroke patients through in-depth interviews and group discussions from 10 stroke patients and 10 their caregivers.

The finding found that the experience of selection of acupuncture therapy in rehabilitation stroke patients on the perspective of the patient who received at least 20 consecutive acupuncture therapy caused by 4 behaviors: attitude, belief, trust and understanding in the therapy. The effects obtained from acupuncture treatment included ability to perform daily activities and satisfaction in receiving treatment with acupuncture that consisted of five aspects: impressive service, health promotion, friendly service by health personnel, information, news, and location, equipment, and modern tools.

So, the experience of selection and therapeutic acupuncture outcomes for stroke patients could build confidentiality to better perform daily activities on the rehabilitation period. It should be used as a guideline for further development of acupuncture service system for rehabilitation stroke patients.

Keywords: Acupuncture, Chinese medicine, Stoke patient, Rehabilitation stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลกจากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่าปี 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปโดยประมาณหนึ่งในสามของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองพบความพิการทางสมองในระยะเรื้อรัง ความพิการทางสมองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต⁽¹⁾ ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตเพิ่มขึ้น กรมควบคุมโรคประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คนโดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ ส่วนอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคน

จากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังระยะเฉียบพลันจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากร ปัญหา ค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายมักได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้าน และขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด⁽²⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีฝังเข็มรักษาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้⁽³⁾ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการใช้ทางเลือกในการรักษาโดยเฉพาะจากแพทย์แผนจีนในการฝังเข็ม⁽⁴⁾ การฝังเข็มเป็นหนึ่งในรายการบริการการแพทย์แผนจีนตามกฎหมายพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556 และเป็นรายการที่ถูกรวมอยู่ในอัตราค่าบริการเหมาจ่ายรายหัวแบบผู้ป่วยนอก ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เป็นครั้งแรกที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการฝังเข็ม ร่วมกับบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

(Intermediate Care: IMC) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Post stroke) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ให้การส่งเสริมและสนับสนุน ด้านวิชาการในการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของประชาชน โดยจัดทำข้อเสนอประเภทและขอบเขตบริการ ด้านการแพทย์ทางเลือก การจัดบริการฝังเข็มร่วมกับบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Post stroke) และจัดทำ “แนวทาง การจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู: Service guidelines for acupuncture in stroke rehabilitation” สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทาง ในการจัดบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันพัฒนาจนสำเร็จไปด้วยดี⁽⁵⁾

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ประสิทธิภาพและผลที่ได้รับในมุมมองของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เลือกใช้บริการการรักษาร่วมในระยาระยะฟื้นฟู เพื่อที่จะนำไปพัฒนาระบบการให้บริการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาจากโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู
2. เพื่อศึกษาผลที่ได้รับจากการรักษาร่วมด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในมุมมองของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบ ตีความ ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์^(6,7) เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูและเลือกพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้เป็นระบบบริการ

ระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ที่มีการให้บริการการรักษาด้วยการฝังเข็มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูโดยให้ผู้รับบริการการรักษาร่วมด้วยการฝังเข็มได้อธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ การทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ที่ได้รับประสบการณ์นั้นและสื่อสารความหมายของประสบการณ์โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 25-65 ปี

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ - 6 เดือน ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มจำนวน 20 ครั้งขึ้นไป ตามที่แพทย์แผนปัจจุบันแนะนำหรือส่งต่อในการฝังเข็มโดยผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนจีนในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลวิจัยได้ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา กำหนดวัตถุประสงค์ของคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็น ที่ต้องการศึกษาตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูจำนวน 1 ท่าน ปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะ จนผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามีความเหมาะสม และนำแนวคำถามดังกล่าวไปทดลอง

ถามผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 6 ประเด็น คือ 1) ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลของญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัว และประวัติการรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 2) พฤติกรรมการใช้การรักษาด้วยการฝังเข็ม 3) ความรู้ความเข้าใจที่ได้รับก่อนและหลังการฝังเข็ม 4) ความคิดและความรู้สึกที่ได้รับหลังการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม 5) ผลลัพธ์ที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มในมุมมองของผู้ป่วย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6) ความพึงพอใจในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่

“ความคิดของท่านในการรักษาด้วยการฝังเข็มเป็นอย่างไร”

“ในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็มท่านรู้สึกอย่างไร อาการป่วยของท่านดีขึ้นหรือไม่” เป็นต้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคม ถึงพฤศจิกายน 2565 จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่ผ่านการฝังเข็มตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้ดูแลหรือญาติโดยมีหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประสานงานการสัมภาษณ์พร้อมกับพยาบาลพี่เลี้ยง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อทำความรู้จักและแนะนำตัว ตามแนวทางพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และได้รับการยินยอมลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย แล้วขออนุญาตหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสมัครใจ และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและได้รับอนุญาตให้บันทึกเสียงบทสนทนา และจัดบันทึกก่อนทุกครั้ง มีการสร้างสัมพันธภาพก่อนนำเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ ใช้เวลาคนละไม่เกิน 60 นาที ผู้วิจัยเคารพและไม่ตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์

สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออก และติดตามผู้ให้ข้อมูลทั้งเนื้อหาสาระ อารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นวิเคราะห์และจับประเด็นใช้ทักษะการถาม การสะท้อน การทวนคำที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมาและขอความกระจ่างชัด การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturation) ผู้วิจัยได้ขอบคุณและมอบของที่ระลึกให้แก่อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ ถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) พร้อมฟังเทป และอ่านบททวนหลาย ๆ ครั้ง จนเข้าใจประสบการณ์ที่ชัดเจน นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป แยกแยะประเด็นหลัก ประเด็นย่อย จัดหมวดหมู่สรุปรวมประเภทของเรื่องหรือประเด็นย่อยที่ได้ที่มีเนื้อหาเข้ากลุ่มกัน สรุป เป็นประเด็นหลัก (Themes) พิจารณาแต่ละประเด็นและความหมายของคำมาเป็นแบบอย่าง (Exemplars) หรือเป็นเรื่องที่สามารถอธิบายความหมายของสถานการณ์นั้น การจำแนกข้อมูลที่ได้ตามความหมาย ทำให้เกิดความเข้าใจภายใต้บริบทนั้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ กัน โดยการวิเคราะห์ตามประเด็นของเนื้อหา (Thematic analysis)⁽⁸⁾ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และจากข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายสภาพการณ์หลาย ๆ ช่วงเวลาและมิติที่ต่างกัน จนได้ข้อมูลที่อ้อมตัวการวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามหลักการ 4 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) และความสามารถในการยืนยัน (conformability)

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยประสบการณ์ในมุมมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูและผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็มและผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 46.1 ปี อายุุน้อยที่สุดคือ 28 ปี อายุมากที่สุดคือ 65 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ (สมรส/อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 65.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 83.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.0 สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ประสบการณ์การเลือกการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้การรักษาด้วยการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู มาจากพฤติกรรม 4 ด้าน คือ

1.1 ทศนคติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีพฤติกรรมการใช้การรักษาด้วยการฝังเข็มมักมาจากการประสบการณโดยตรงของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ได้พบเห็นหรือรับประสบการณ์จากการได้ยิน ได้ฟัง ทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดเป็นทัศนคติขึ้น การก่อเกิดทัศนคติต่อการรับการรักษาด้วยการฝังเข็มเกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ที่ทำการรักษาเป็นผู้ให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้ทัศนคติเชิงบวกต่อการฝังเข็ม เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“หมอบอกว่าให้ไปฝังเข็มจะได้ดีขึ้น ช่วยตัวเองได้ ก็ทำตามที่หมอบอก ฝังเข็มแล้วก็ดีขึ้นเดินดีขึ้น” (ผู้ป่วยรายที่ 3 อายุ 43 ปี)

“ได้ยินว่าคนไข้แบบฉันต้องไปฝังเข็มนะ แล้วจะดีขึ้น เลยลองดูบ้าง เพื่อจะได้” (ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 53 ปี)

1.2 ความเชื่อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มารับการฝังเข็มเนื่องจากเชื่อว่าฝังเข็มแล้วอาการดีขึ้นเร็ว ผู้ป่วยเชื่อว่า หากได้ฝังเข็มน่าจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำหรือในกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้น ผู้ป่วย

ยังคำนึงถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ไม่แพง ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ การเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ลดความยากลำบาก และลดอุปสรรคต่าง ๆ ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ไปทำกายภาพแล้วเดินผ่านเห็นคนไข้ฝังเข็มเยอะ ดิฉันะ สงสัยหมอมะเก่ง ฉันเชื่อว่าฝังเข็มด้วย น่าจะมีประโยชน์หายเร็วขึ้น” (ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 37 ปี)

“คนที่แบบฉันบอกว่าการฝังเข็มแล้วอาการดีขึ้นเร็ว ฉันก็เลยลองมาฝังเข็มบ้าง เพื่อจะได้หายเร็ว ๆ ตอนนี้ฉันก็ช่วยตัวเองได้แล้วเกือบหายเป็นปกติ” (ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 53 ปี)

1.3 ความไว้วางใจในการรักษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาต่อเนื่องเกิดจากความไว้วางใจและผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวก ทำให้กลับมาฝังเข็มต่อเนื่องตามที่หมอแนะนำและมีอาการค่อย ๆ ดีขึ้น ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อหมอที่ให้การรักษาแสดงถึงความพึงพอใจจากความไว้วางใจหรือความมั่นใจในการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น รูปแบบความไว้วางใจเป็นความไว้วางใจระหว่างบุคคล (interpersonal trust) ความไว้วางใจเป็นตัวแทนของระดับความมั่นใจของบุคคลหนึ่งที่มีต่อผู้อื่นในการกระทำการรักษา ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“หมอที่รักษาหลอดเลือดสมองบอกให้ไปฝังเข็ม หมอบอกก็ทำตามที่หมอบอก” (ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 28 ปี)

“หมอมะฝังเข็มให้ฝังเข็มไปเรื่อย ๆ จะได้ช่วยลดอาการเกร็งที่มีมือ รู้สึกว่าอาการเกร็งลดลงตามที่หมอบอกเลยฝังเข็มมาตลอดถึงตอนนี้ หมอสั่งให้หยุดเมื่อไหร่ค่อยหยุด” (ผู้ป่วยรายที่ 5 อายุ 46 ปี)

1.4 ความรู้ความเข้าใจในการรักษา จากประสบการณ์การฝังเข็ม ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อการฝังเข็มเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการรักษายังไม่เข้าใจว่าฝังเข็มเป็นอย่างไร แรก ๆ ก็กลัวเข็มและกลัวเจ็บ พอมาทำหลายครั้ง ความรู้ความเข้าใจที่ถามจากหมอสงสัยก็ได้คำตอบ เช่น ฝังแล้วช่วยอะไร ต้องทำกี่ครั้ง หมออธิบายให้ฟังได้ ความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ไม่เคยเห็นการฝังเข็มมาก่อน จนมาลองด้วยตัวเองก็กลัวเหมือนกัน” (ผู้ป่วยรายที่ 6 อายุ 42 ปี)

“เวลาอยากรู้ ถามหมอว่า ฝังเข็มช่วยอะไร หมอก็บอกนะว่า ฝังเข็มช่วยเปิดลมปราณ ทำให้การไหลเวียนดีขึ้น ทำให้อาการชาลดลง ถ้าบริหารด้วยยิ่งดี” (ผู้ป่วยรายที่ 10 อายุ 61 ปี)

ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความรู้ความเข้าใจยังมีอิทธิพลต่อความคิดซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้ ยิ่งระดับการศึกษาสูงความเข้าใจจะเร็วกว่าคนที่การศึกษาระดับต่ำ การศึกษาพื้นฐานเดิมมีอิทธิพลต่อการแสดงออก เพราะจะทำให้บุคคลมีความรู้และมีความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุและมีผล พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ในด้านการรักษาฟื้นฟูด้วยวิธีฝังเข็มทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์ที่ได้รับทำให้เข้าใจเพิ่มขึ้นแล้วนำไปบอกต่อเพื่อนๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ “พาพ่อมาฝังเข็มมาหลายครั้งแล้ว ว่าดีนะ ดีขึ้นเรื่อย ๆ เลยบอกให้คนข้างบ้านพาลุงเขา มาดู เขาก็มานะ” (ผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 7 อายุ 51 ปี)

ปัจจัยที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยมาจากหลายช่องทาง ได้แก่ สื่อมวลชน เช่น วิทยุโทรทัศน์ และสื่อสังคม เช่น ยูทูป การค้นหาข้อมูลผ่านสื่อทางอินเทอร์เน็ต ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“อยากรู้ว่าฝังเข็มเป็นอย่างไร ฉันทามลูก ลูกฉันที่เรียนครู เขาหามาบอกฉันว่า แม่ไปทำได้ ฝังเข็มเป็นการแพทย์แผนจีน เป็นทางเลือก ทำก็ไม่เสียหลายมาแล้วชอบ ดีขึ้น ปากเบี้ยวลดลง” (ผู้ป่วยรายที่ 8 อายุ 65 ปี)

“เคยเห็นในทีวีฝังเข็มรักษาโรคต่าง ๆ ได้ แต่ไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร” (ผู้ป่วยรายที่ 5 อายุ 46 ปี)

จากประสบการณ์การฝังเข็ม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกที่ได้รับหลังจากการบริการฝังเข็ม ผู้ป่วยรับรู้ตั้งแต่การคุยกับหมอก่อนทำการรักษาแบบฝังเข็ม การสร้างความมั่นใจ ความไว้วางใจและการติดตามความก้าวหน้าของการรักษา การใส่ใจความรู้สึกการสื่อสาร การคุยสนทนาแบบกันเอง หมอสอบถามอาการดีขึ้นหรือแย่ลง ซึ่งครอบคลุมอารมณ์ความรู้สึกเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“มาหลายครั้ง ไม่กลัวเข็ม รู้สึกสบายตัวขึ้น เวลานอนไม่ค่อยปวดเมื่อย หลับสบายไม่เพลีย” (ผู้ป่วยรายที่ 7 อายุ 51 ปี)

“รู้สึกมีกำลังแขนขามากขึ้น เดินได้ไกลกว่าเดิม” (ผู้ป่วยรายที่ 9 อายุ 35 ปี)

2. ผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็ม

2.1 ผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน พบว่า ก่อนการฝังเข็มผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในช่วงคะแนน 9-11 คะแนน (ภาวะพึ่งพิงปานกลาง) หลังการฝังเข็มพบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นช่วงคะแนน 12-20 คะแนน (ไม่เป็นการพึ่งพา) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คาดว่า ผลการรักษาให้กลับไปเหมือนเดิม ทำงานได้ปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้รวมถึงสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง และมีความพึงพอใจต่อการบริการของการฝังเข็มต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เป็นปกติ เมื่อความคาดหวังได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยยังพึงพอใจต่อการบริการในภาพรวมที่ได้รับด้วย ความคาดหวังสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็ม พบว่า ความคาดหวังต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นและอยากให้กลับไปดีเหมือนเดิม ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ฝังเข็มแล้วรู้สึกอาการปวดกล้ามเนื้อลดลง ไม่ต้องกินยาแก้ปวดทุกวัน กลัวยากัดกระเพาะเหมือนกัน” (ผู้ป่วยรายที่ 8 อายุ 65 ปี)

“ฝังเข็มแล้วอาการเกร็งที่มีลดลง หยิบจับอะไรได้ดีขึ้น ยิ่งฝังเข็มหลายครั้งก็ยิ่งดีขึ้น” (ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 37 ปี)

2.2 มีความพึงพอใจในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่อง จากเหตุผลต่อความพึงพอใจในการบริการสรุปได้ 5 ด้าน คือ

2.2.1 ด้านบริการที่ประทับใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจ

ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปในสถานที่นั้น ๆ เป็นไปตามความคาดหวังของผู้มารับบริการ มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ผู้รับบริการ (Convenience) เช่น การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time) การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or Care when need) และความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกของผู้รับบริการขึ้นกับปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการดังที่กล่าวข้างต้น เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เจ้าหน้าที่บริการดี หอมมาเก้าโมง ไม่ถึงครึ่งวันก็กลับบ้านได้แล้ว” (ผู้ป่วยรายที่ 1 อายุ 28 ปี)

“มาฝังเข็มที่นี่ดีนะ หอมมาเก้าโมงก็ทำได้เลย ไม่เกินครึ่งวันก็กลับบ้านได้แล้ว” (ผู้ป่วยรายที่ 3 อายุ 43 ปี)

“ฝังเข็มที่โรงพยาบาลนี้ดีกว่าที่อื่นเป็นขั้นเป็นตอน สะดวกสบาย” (ผู้ป่วยรายที่ 8, อายุ 65 ปี)

2.2.2 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งเสริมแนะนำการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้ยินข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของบริการไปในทางบวกซึ่งหากตรงกับความเชื่อถือความไว้วางใจที่มีอยู่ก่อนจะมีความรู้สึกกับบริการดังกล่าวอันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการฝังเข็มตามมาได้ เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“พยาบาลที่นี่ดีบอกหมดทุกอย่างว่าต้องทำอะไร บ้างเวลามาฝังเข็ม ให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ก่อนมาฝังเข็ม อย่าเครียด” (ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 53 ปี)

“หมอดูแลดีนะเป็นกันเอง บอกเราด้วยว่าอาการดีขึ้นมาก ให้ฝึกเดินเพิ่ม ขยับร่างกายอย่านอนมาก และให้ทำหลายเรื่อง ต้องทำด้วยยังงี้จะได้หาย” (ผู้ป่วยรายที่ 7 อายุ 51 ปี)

2.2.3 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายของผู้ให้บริการ (facilitator) ได้แก่ การแสดง

อรรถาธิบายทิศทางที่ตี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้บริหารการบริการ และผู้ปฏิบัติบริการล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการโดยคำนึงถึงความสำคัญของประชาชนเป็นหลักย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทำให้เกิดความพึงพอใจได้สูง พฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ตอบสนองบริการตามที่ได้รับบริการต้องการและให้ความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการย่อมส่งผลต่อผลการประเมินความพึงพอใจ เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“หมอใจดี ยิ้มแย้มคุยเก่ง เป็นกันเอง ฉันชอบ” (ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 37 ปี)

“พยาบาลพูดเพราะเจ้าหน้าที่ก็ดูแลดี คอยพยามยงเดิน ประคองตอนลงจากเตียงด้วย” (ผู้ป่วยรายที่ 5 อายุ 46 ปี)

2.3.4 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Media and information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (Information about what was wrong) และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนต่างๆ เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เจ้าหน้าที่และพยาบาลจะบอกเราทุกอย่าง พวกวันนัด การปฏิบัติตัว ดีนะจะได้ทำถูก” (ผู้ป่วยรายที่ 10 อายุ 61 ปี)

“หมอบอกว่าให้มาฝังเข็มตามนัดและฝึกหัดเดินบ่อย ๆ จะได้ดีขึ้น นี่เราก็กทำตามทีหมอบอกนะก็ดีขึ้นจริงๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 9 อายุ 35 ปี)

2.3.5 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการ การเข้าถึงการบริการได้สะดวกเมื่อประชาชนมีความต้องการย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ รวมทั้งทำเลที่ตั้ง และการกระจายสถานที่บริการให้ทั่วถึง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ได้แก่ โรงพยาบาลที่รักษามีคลินิกให้บริการฝังเข็มภายนอก อีก 2 คลินิก

ทำให้สะดวกที่จะไปรับบริการที่ใดก็ได้ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของการบริการ และบรรยากาศของการบริการยังมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีอายุสูงวัยแล้ว มักขึ้นชมสภาพแวดล้อมของการบริการอยู่ชั้นล่าง ไม่ต้องขึ้นรถ หรือหากต้องใช้รถขึ้นในการออกแบบอาคาร สถานที่มีทางขึ้นลงสะดวก มีความสวยงามของการตกแต่งภายในด้วยการใช้สีสันทันการแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน ตลอดจนการเลือกใช้วัสดุเครื่องใช้ งานบริการที่ทันสมัย เช่น เครื่องวัดความดันแบบดิจิทัล เป็นต้น ตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“สถานที่ฝังเข็มสะอาดดี ถึงคนจะเยอะแต่ก็ยังสะอาด เห็นมีแม่บ้านเดินทำความสะอาด เวลาวัดความดันสะดวกเอามือสอดกดปุ่ม ทำได้เอง” (ผู้ป่วยรายที่ 4 อายุ 53 ปี)

“เครื่องมือเค้านั้นสมัยนะ ไม่เหมือนที่อื่น ฝังเข็มก็ไม่เจ็บ กระตุ้นไฟฟ้าไม่ค่อยเจ็บ สบาย ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 6 อายุ 42 ปี และ รายที่ 9 อายุ 35 ปี)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการเลือกใช้บริการรักษาด้วยการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก เนื่องจากทัศนคติ เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดจากทัศนคติโดยมีขั้นตอนคือ $K=Knowledge$ เป็นการเกิดความรู้, $A=Attitude$ ทัศนคติ ซึ่งความรู้ (Knowledge) และทัศนคติ (Attitude) จะส่งผลให้เกิด $P=Practice$ การกระทำหรือพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเลือกใช้บริการรักษาด้วยการฝังเข็มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูมักจะมาจากการประสบการณ์โดยตรงของบุคคลจากการได้พบเห็น และประสบการณ์โดยอ้อมจากการได้ยินได้ฟัง ทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดเป็นทัศนคติขึ้น นอกจากนั้นการก่อเกิดทัศนคติยังเกิดจาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่น เช่น ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ที่ทำการรักษา⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทยพบว่า คนไทยมีทัศนคติกับพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้ที่ได้รับต่อเดือนสูง และพื้นที่ที่อยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มีความรู้ และทัศนคติดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ รายได้ที่ได้รับต่อเดือนน้อย และ พื้นที่ที่อยู่อาศัยอยู่ในภาคอื่น⁽¹⁰⁾

2. ผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็ม การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) ของวิกเตอร์รูม (Vroom) ที่พบว่าบุคคลมีความคาดหวังผลลัพธ์จาก 3 ประการ คือ 1) ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ (Valence) 2) เครื่องมือ อุปกรณ์ (Instrument) และ 3) วิธีทางที่จะไปสู่ความพึงพอใจจากความคาดหวัง (Expectancy) ดังนั้น บุคคลที่มีความต้องการหลายอย่าง จึงพยายามดิ้นรนแสวงหาหรือกระทำด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลก็จะได้รับความพึงพอใจด้วย ขณะเดียวกันก็คาดหวังในสิ่งที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ ความคาดหวังในผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มทำให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น เหมือนตอนที่ยังไม่ป่วย เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการช่วยเหลือตัวเอง รวมถึงความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นในครั้งแรกของการรักษาถึงร้อยละ 80.5 นอกจากนี้ ยังไม่พบผลข้างเคียงใดๆ ที่ชัดเจน มีเพียงอาการอ่อนเพลียหลังการฝังเข็ม⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การทำกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มสามารถเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เมื่อเปรียบเทียบกับการทำกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษาในระยะหลังจากพ้นวิกฤตภายใน 3 เดือน ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้⁽¹³⁾

ส่วนความพึงพอใจในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็มจากการบริการ 5 ด้าน คือ

1. ด้านบริการที่ประทับใจ การบริการที่ประทับใจมาจากความพึงพอใจซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการตามความคาดหวังของผู้มารับบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ให้บริการ (Convenience) ซึ่งประทับใจต่อการใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time) และการได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care) ความพึงพอใจของผู้รับบริการจึงเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกของ ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการ รักษาพยาบาลด้านฝังเข็มรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังที่ทำให้มีอาการดีขึ้นในระดับมาก⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในการบริการใช้โรงพยาบาลเอกชนของคณวิทย์ทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า คุณภาพของการบริการที่ลูกค้าได้นั้น ขึ้นอยู่กับบริการที่สามารถตอบสนอง ความต้องการของลูกค้าได้และความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องที่ควรเกิดขึ้นน้อยที่สุด ส่วนหนึ่งมีผลมาจากคุณค่าที่ลูกค้ารับรู้ กล่าวคือเมื่อลูกค้าเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการกับคุณภาพที่ได้รับแล้วลูกค้ารับรู้ได้ถึงความเหมาะสมเพียงใด⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจในการรักษาและบรรยากาศขณะทำการรักษาแต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล การเพิ่มช่องทางการนัดหมายและจำนวนแพทย์ฝังเข็ม⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย

ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยที่รับบริการจาก โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยที่รับบริการจาก โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ปัจจัยด้านบริการอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสถานที่⁽⁴⁾

ประเด็นย่อยที่ 2 ด้านส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมแนะนำการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้ยินข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของบริการไปในทางบวกซึ่งหากตรงกับความเชื่อถือที่มักจะมีความรู้สึกกับบริการดังกล่าวอันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการ ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม และความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากพยาบาล ในการปรับปรุงแก้ไขบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้รับบริการยินดีจะจ่ายค่าฝึกอบรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹¹⁾

ประเด็นย่อยที่ 3 ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายของผู้ให้บริการ (facilitator) ได้แก่ การแสดงอรรถาธิบายที่กระทำทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้บริหารการบริการและผู้ปฏิบัติบริการล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้เกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการโดยคำนึงถึงความสำคัญของประชาชนเป็นหลักย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานบริการที่ตระหนักถึง ประชาชนเป็นสำคัญ แสดงพฤติกรรมบริการและสนองบริการที่ลูกค้าต้องการความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของ

การบริการ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศ ซินโดรม และความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการของเจ้าหน้าที่ มีกิริยา วาจา ท่าทางที่สุภาพและเป็นกันเอง⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจในการรักษา แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือจำนวนแพทย์ ฝังเข็ม⁽¹¹⁾

ประเด็นย่อยที่ 4 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Media and information) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (Information about what was wrong) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศ ซินโดรม และความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ หลังได้รับความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากพยาบาล ในการปรับปรุงแก้ไขบุคลิกภาพ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจ แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล การเพิ่มช่องทางการนัดหมาย⁽¹¹⁾

ประเด็นย่อยที่ 5 ด้านสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่บริการ การเข้าถึงการบริการได้สะดวกเมื่อประชาชนมีความต้องการยอมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ ทำเลที่ตั้ง และการกระจายสถานที่บริการให้ทั่วถึง เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชน จึงเป็นเรื่องสำคัญ สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศของการบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้า ลูกค้ามักชื่นชมสภาพแวดล้อมของการบริการที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบอาคาร สถานที่ ความสวยงาม

ของการตกแต่งภายในด้วยเฟอร์นิเจอร์ และการใช้สีสันทัดการแบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วนตลอดจนการออกแบบวัสดุเครื่องใช้งานบริการ สอดคล้องกับการศึกษา ประสิทธิภาพของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศ ซินโดรม และความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจความสะอาดของสถานที่ เสื้อผ้า และอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจในบรรยากาศขณะทำการรักษา⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยที่รับบริการจาก โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ รongลงมา คือ ปัจจัยด้านสถานที่⁽⁴⁾

สรุปผล

ประสพการณ์การเลือกใช้และผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้การรักษาด้วยการฝังเข็ม ความรู้ความเข้าใจที่ได้รับก่อนและหลังการฝังเข็ม ความรู้สึกที่ได้รับหลังการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็ม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจในการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับในทางบวกส่งผลต่อการเลือกรับบริการฟื้นฟูสุขภาพของอาการระยะฟื้นฟูได้ และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับปัจจัยหลายประการของผู้ป่วยที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการพัฒนากระบวนการฝังเข็มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูด้วยการปรับปรุงหรือพัฒนาพฤติกรรมการใช้การรักษาด้วยการฝังเข็ม ได้แก่ ทักษะ ความเชื่อ ความไว้วางใจ ในการรักษา ควรเพิ่มความเข้าใจให้แก่ผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการฝังเข็ม สร้างความรู้สึกที่ดีต่อการรับการรักษาด้วยการฝังเข็ม

2) ผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยการฝังเข็ม ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควรพัฒนาความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุข จากการบริการ 5 ด้าน ได้แก่ การบริการที่ประทับใจ มีการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการที่เป็นมิตร ให้ข้อมูลข่าวสารและพัฒนาสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือให้ทันสมัยเพื่อการบริการที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ให้กลับมาใช้ชีวิตปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหรือญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จบบรรลุล่วงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- Adigwe GA, Tribe R, Alloh F, Smith P. The Impact of Stroke on the Quality of Life (QOL) of Stroke Survivors in the Southeast (SE) Communities of Nigeria: A Qualitative Study. *Disabilities* 2022; 2(3): 501-15.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค. วันอัมพาตโลก ปี 2564 ให้ประชาชน “รู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เลี่ยงนาที่มีค่าช่วยชีวิต” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 (เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565).
- พญกัณฑ์ สัจจิตวัฒนศักดิ์. ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดด้วยวิธีฝังเข็มรักษา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2564; 36(1): 89-100.
- ศรัณย์ อินทกุล, ศลิษา เจริญสุข, ลัดดา น้อยไพโร. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา* 2558; 2 (สืบเนื่อง 1): 77-81.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: ร้านพุ่มทอง; 2563.
- Huttunen R, KakKori L. Heidegger's Theory of Truth and its Importance for the Quality of Qualitative Research. *Journal of Philosophy of Education* 2020; 54(3): 600-16.
- Heidegger M. *The Concept of Time*. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *IJQM* 2017; 16(1): 1-13.
- Gibson JL. *Organizations Behavior*. 7th ed. Boston: Irwin; 2000.
- ฤทธิรงค์ อัญจะนะ, วิภาวดี ลัมมิ่งสวัสดิ์. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ* 2559; 17(2): 70-83.
- นนท์โสวัณณะ. ผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการที่คลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2561; 25(3): 41-52.

12. เอี่ยมพร สุ่มมัตย์, อุมภิกา ชองเหล็กนอก. ประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพโดยการกายภาพบำบัดร่วมกับการฝังเข็มต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564; 29(2): 260-70.
13. กาญจนานุก คงดาน้อย, งามอาจ ศิริกุลพิสุทธ. ประสิทธิผลของการฝังเข็มเพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมและความพึงพอใจต่อบริการรักษายาบาลแผนกผู้ป่วยนอก กองการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
14. ชัญญิศา อ่างทอง. การศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.