



วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม
ปีที่ 13 มกราคม - ธันวาคม 2566

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health Vol 13 January - December 2023

ISSN: 2822-0471 (Online)

ISSN: 2228-9410 (Print)

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช	ภัทรอนันตนาพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์	แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสิตาพัฒน์ ยุตบุตร

รองบรรณาธิการ

1. ทันตแพทย์อรรถ ปัญญา
2. นางอุมพร นิมิตระกุล

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายแพทย์ศุภฤกษ์ สี่รุ่งเรือง | กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย |
| 3. ผ.ศ.จริยาพร ศรีสว่าง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. ร.ศ.เดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ดร.จิตชนก เรือนก้อน | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. ดร.ปลื้มจิตร โชติกะ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ |
| 7. ดร.กาญจนา ปินตาคำ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 8. ร.ศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 9. รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 10. รศ.ดร.เศรษฐ์ สัมภิตตะกุล | คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 11. ผ.ศ.จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 12. ดร.นารถดา ชันธิกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 13. นางปิยพร เสาร์สาร | นักวิชาการอิสระ |
| 14. ผ.ศ.เพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 15. นางอโนชา วิปุลากร | นักวิชาการอิสระ |
| 16. แพทย์หญิงภคมน เชาวศิริลป | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



คณะทำงาน

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวสิริราไพ ภูธรใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. ทนตแพทย์หญิงวิรัชชา พุ่มทอง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางนงค์เยาว์ แสงคำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวพินทรพจน์ พรหมแสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 6. นางวันเพ็ญ ใสด้วง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 7. นางสาววัชรรา ศิริกุลเสถียร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 8. นางพชรา คำฟู | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

สารบัญ

ปีที่ 13 มกราคม – ธันวาคม 2566

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- การปรับปรุงกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบLEAN
นงค์เยาว์ แสงคำ

1 - 16
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ใน
โรงพยาบาลลำพูน
มาลีวรรณ เกษตรทัต¹, ศศิประภา ต้นสุวัฒน์², ศิรินันท์ ยิ้มโกศล³

17 - 30
- การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นใน
โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคเหนือ
คณิดา กวางศ์

31 - 49
- รูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC
ประทวน กวางทอง

50 - 63
- การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
วันเพ็ญ ไส่ด้วง

64 - 81
- ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดัน
โลหิตสูง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
เชาวลิต ลั่นวงศ์ตา¹, วิชิตพงษ์ วงศ์เรือน², ศิริรัตน์ ผ่านภพ³

82 - 96
- ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสล
ี่ยม จังหวัดสุโขทัย
สายพิณ ศิรินวล¹, รุ่งทิพย์ พันธุ์โชง², นัฐวรรณ ฮ่อธิวงศ์³

97 - 109
- ประเมินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่การ
ปฏิบัติของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
จิตติภา ขุมเพชร¹, พรทิพย์ โชคทวีพาณิชย์², นพวรรณ ศรีชมพู³

110 - 124
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
*ชนิดาภา ภูดอนทอง¹, อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกุล², จักรกฤษณ์ วัชรราชกุล³,
กฤษฎา กาเผือก⁴*

125 - 140

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวาน ในจังหวัดลำปาง 141 – 156
ลลนา ถาคำฟู¹, สิริลักษณ์ สิทธิเครือ², ปิยะนารถ จาติเกตุ³
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการ 157 - 170
ในโรงพยาบาลสวนปรุง
ณัฐภัทร ม่วงงาม¹, จักรกฤษณ์ วัชรราชวร², วรางคณา นาคเสน²

การปรับปรุงกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบLEAN
Improving the Central Sterile Supply Department (CSSD)
service process using the LEAN concept.

นงศ์เยาว์ แสงคำ

nongyao saengkham

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

¹Corresponding author, E-mail: nongyaotry@gmail.com

(Revised: November 10, 2022; Revised: February 06, 2023; Accepted: February 28, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาการปรับปรุงกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบ Lean มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเบิกจ่ายอุปกรณ์การแพทย์ที่ปราศจากเชื้อโดยนำแนวคิดแบบ Lean มาใช้เป็นหลักในการปรับปรุงการให้บริการ ด้วยการค้นหาความสูญเปล่า (waste) ที่ได้ก่อนการปรับปรุงกระบวนการ (Pre Lean) มาปรับให้เป็นคุณค่า (value) ของงานใหม่ (Post Lean) จากการวิเคราะห์กระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางรูปแบบเดิม พบความสูญเปล่าของกระบวนการ ได้แก่ ความสูญเปล่าด้านเวลาการขนย้าย (transportation) ความสูญเปล่าด้านวัสดุคงคลัง (inventory) และความสูญเปล่าด้านการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อน (Excessive processing)

ก่อนปรับปรุงกระบวนการ (Pre Lean) ความสูญเปล่าจากการขนย้าย (transportation)เกิดจากระยะเวลาที่ พนักงานช่วยการพยาบาลใช้ในการส่งของปนเปื้อนและรับของปราศจากเชื้อรอบเช้าและบ่ายทั้งไปและกลับ รวมเวลา 366 นาทีต่อวัน ซึ่งแยกเป็นเวลาของการเดินทางไป-กลับของ พนักงานช่วยการพยาบาล ทุกงานรวม 181 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 49.4ของเวลา Pre Lean) และแยกเป็นเวลา ขณะรอส่งของปนเปื้อน พร้อมกับรอรับของปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลางรวมทุกงาน 185 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 50.6 ของเวลา Pre Lean) และระยะทางของการเดินทางรอบเช้าและบ่ายทั้งไปและกลับของทุกคนรวมกันเท่ากับ 2,740 เมตร เมื่อทำการปรับปรุงกระบวนการให้บริการ (Post Lean) โดยให้บุคลากรของงานจ่ายกลาง-ซักฟอกจำนวน 2 คน กระทำกิจกรรมแทนพนักงานช่วยการพยาบาลของทุกงาน เนื่องจากงานจ่ายกลาง-ซักฟอกต้องขึ้นไปรับผ้า/จ่ายผ้าทุกจุดบริการอยู่แล้ว พบว่าใช้เวลารอบเช้าและบ่ายทั้งไปและกลับรวมเฉลี่ย 207 นาที และระยะทางลดลงเหลือเพียง 1,840 เมตร เนื่องจากพื้นที่จุดบริการอยู่ต่อเนื่องกันไปจึงสามารถรับ-จ่ายได้ในเวลาเดียวกันโดยไม่ต้องมีการเดินทางซ้ำไป-กลับดังเช่นพนักงานช่วยการพยาบาลทุกงานที่ต้องเดินทางไปทำกิจกรรมที่งานจ่ายกลางกันเองเพื่อให้ทันรอบการทำงานของงานจ่ายกลาง (ก่อนเวลา 9.30 น.ของทุกวัน) เมื่อออกแบบกระบวนการให้บริการรูปแบบใหม่ (Post Lean) จึงนำเวลา 366 นาทีของช่วง Pre Lean ที่ได้มาจากการขจัดความสูญเปล่าจากการขนย้าย คำนวณมาให้พนักงานช่วยการพยาบาลช่วยทำกิจกรรมให้กับหน่วยบริการที่ประจำ

อยู่ ความสูญเปล่า (waste) จึงเปลี่ยนเป็นคุณค่า (value) งานใหม่ด้วยการได้เวลาคืนมาให้พนักงานช่วยการพยาบาลได้ช่วยกิจกรรมทางการพยาบาลเบื้องต้นร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือในคลินิกที่ปฏิบัติงานอยู่ได้อย่างเต็มที่ มีเวลาตรวจสอบยอดอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อคงคลังประจำวัน แจ้งยอดเบิกอุปกรณ์การแพทย์ให้สอดคล้องกับปริมาณผู้รับบริการประจำวัน หมุนเวียนลำดับการใช้อุปกรณ์การแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน และจัดเก็บอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อให้เป็นระเบียบ จึงลดอัตราการคืนวัสดุคงคลังที่หมดอายุ ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่เสียไปจากการคงคลังวัสดุ เป็นการลดความสูญเปล่าของวัสดุคงคลัง (Inventory) ส่วนความสูญเปล่าด้านการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อน (Excessive processing) คือการบันทึกรายการของปราศจากเชื้อที่หมดอายุ ก่อนการปรับปรุง (Pre Lean) ทั้งงานจ่ายกลางและหน่วยงาน 13 งานบันทึกการคืนของปราศจากเชื้อที่หมดอายุไว้ในบันทึกของงานตนเอง หลังปรับปรุง (Post Lean) ให้บันทึกที่งานจ่ายกลางเพียงจุดเดียวและงานจ่ายกลางคืนข้อมูลให้แต่ละหน่วยงานทราบ คุณค่ารวมที่ได้จากการปรับระบบการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบLeanคือ ทำให้ พนักงานช่วยการพยาบาลสามารถช่วยงานด้านการพยาบาลพื้นฐานร่วมกับทีมพยาบาลในหน่วยบริการได้มากขึ้น มีเวลาดูแลจัดเก็บวัสดุคงคลังปราศจากเชื้อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ เป็นการลดค่าใช้จ่ายให้องค์กร และสามารถไปช่วยงานจุดบริการอื่นที่ขาดอัตรากำลัง ทีมบริหารการพยาบาลได้นำคุณค่างานใหม่นี้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดภาระหน้าที่งาน (Job description) ของพนักงานช่วยการพยาบาล

คำสำคัญ: กระบวนการ LEAN, ความสูญเปล่า, คุณค่างานใหม่, งานจ่ายกลาง

ABSTRACT

The objective of this study was to establish a sterile medical equipment disbursement based on the LEAN concept. By collecting data from the previous process (Pre-Lean), it was possible to transform the waste into value in the new process (Post-Lean). The conventional service provision process was found to entail waste in the forms of transportation waste, inventory waste, and excessive processing waste.

Prior to the implementation of the Lean study (Pre-Lean), the nursing assistant experienced a loss of 366 minutes per day as a result of their time spent transporting contaminated devices and receiving sterile supplies in the morning and afternoon. This comprised 181 minutes per day spent on travel time (49.4% of Pre-Lean time) and 185 minutes per day spent waiting for the delivery of contaminated goods and waiting to receive sterile goods at the CSSD (50.6% of the Pre-Lean time). The morning and afternoon round-trip distance was also 2,740 meters. The service process was improved (Post-Lean) by assigning two CSSD staff members to perform these tasks instead of the nursing assistant, leading to a decrease in travel time to an average of 207 minutes and a reduced distance of 1,840 meters due to the coordination of the units, allowing them to receive and supply medical equipment at the same time, without the need for repetitive travel of the nursing assistant. The new process allowed the nursing assistant to keep pace with the work cycle of the CSSD, which starts before 9:30 a.m. daily. By designing a new service process using the Lean concept (Post Lean), the previous waste of 366 minutes in the pre-Lean phase can be transformed

into value for the nursing assistant. The nursing assistant is now able to focus on their basic nursing duties and provide care to patients in the ward. With the additional time, they can regularly check the balance of sterile medical equipment inventory, ensure the availability of necessary equipment according to daily needs, and properly manage the use of medical equipment. Furthermore, the orderly storage of sterile medical equipment reduces the frequency of expired inventory returns, thereby reducing the costs incurred by the hospital for re-sterilizing equipment. This can also minimize waste in terms of inventory. Additionally, the issue of redundant record-keeping (excessive processing), which was previously caused by double-recording expired sterile items by both the CSSD and each unit, can be addressed by having only the CSSD maintain records and provide information to each unit. The CSSD was adjusted using the Lean concept, resulting in a reduction of waste in terms of inventory and redundant records. The nursing management team has adopted this new process as a guideline for determining the job description of nursing assistants, leading to cost savings for the organization and increased focus on providing quality care to patients.

Keywords: Lean process, waste, value, CSSD

บทนำ

การปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการให้มากที่สุด ควรเป็นกระบวนการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเกินความคาดหวัง ต้องมีการบริหารจัดการที่ดี และคุ้มค่าคุ้มทุนต่อองค์กร ดังนั้นเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในขั้นตอนการทำงาน กระบวนการให้บริการจึงเป็นกระบวนการที่ต้องคอยกำกับติดตามและปรับปรุงอยู่เสมอ จากการศึกษาของฝ่ายเภสัชกรรมรพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้นำแนวคิดแบบ Lean มาศึกษาเพื่อปรับปรุงขั้นตอนกระบวนการเบิกและจ่ายยาจากคลังยา เมื่อค้นพบความสูญเสียในขั้นตอนต่างๆ จึงได้แปรเปลี่ยนความสูญเสียเหล่านั้นให้เกิดคุณค่า โดยออกแบบกระบวนการเบิกและจ่ายยาจากคลังยารูปแบบใหม่ ทำให้สามารถลดขั้นตอนการปฏิบัติงานจากเดิม 7 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน ลดระยะเวลารวมของกระบวนการจากเดิม 189 นาที เป็น 81 นาที⁽¹⁾ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลปรับปรุงกระบวนการ

บริการแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า มีข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการเกี่ยวกับระยะเวลาในการรอตรวจความสะอาดของสถานที่ ป้ายแสดงตำแหน่ง หรือป้ายบอกเส้นทางไปยังหน่วยงานอื่นๆ แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจุดที่มีปัญหาและใช้ระยะเวลานานมากที่สุด จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงคุณภาพในการบริการให้ดีขึ้น จึงนำแนวคิด LEAN ทั้ง 8 ประเด็นมาศึกษา แล้วนำข้อมูลความสูญเสียเหล่านี้มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการตามข้อเสนอแนะ ทำให้แผนกผู้ป่วยนอกปรับปรุงบริการให้มีคุณค่าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽²⁾

งานจ่ายกลางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลอุปกรณ์การแพทย์ให้ปราศจากเชื้อ ปลอดภัยเพียงพอและพร้อมใช้งาน ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลจำนวน 13 หน่วยงาน และให้แก่กลุ่มคลัสเตอร์ต่างๆ ที่ระบุความต้องการก่อนออกนิเทศงานในพื้นที่เครือข่ายที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ งานจ่ายกลางให้บริการทุกวันตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. ดำเนินงานตาม

เกณฑ์มาตรฐานงานจ่ายกลาง (7 ขั้นตอน) โดยให้บริการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีการปนเปื้อน จากนั้นนำเข้าสู่ขบวนการทำให้แห้ง นำมาจัดบรรจุห่อติดแถบตัวชี้บ่งทางเคมีและติดป้ายชี้บ่งชื่อและวันหมดอายุการคงความปราศจากเชื้อของอุปกรณ์การแพทย์นั้นๆ และส่งเข้าขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยการนึ่งด้วยไอน้ำ หรือการอบด้วยแก๊ส EO ในแต่ละวันทำการนึ่งอุปกรณ์การแพทย์ทั้งขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ (เฉลี่ยวันละ 152 ห่อ) ขบวนการทำให้ปราศจากเชื้อจะแล้วเสร็จและพร้อมจ่ายทุกช่วงบ่ายของทุกวัน อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อบางส่วนจัดเก็บเป็นรายการสำรองไว้ที่งานจ่ายกลางเพื่อเป็นรายการคงคลังสำรองพร้อมจ่ายแก่หน่วยงานในช่วงเช้าของวันถัดไปหรือจ่ายกรณีฉุกเฉินในยามวิกาล พนักงานช่วยการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานมารับของปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลางด้วยตนเองทั้งรอบเช้าและรอบบ่าย

พนักงานช่วยการพยาบาลเป็นบุคลากรที่กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดให้ประจำที่หน่วยบริการทั้งงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำหน้าที่ช่วยบุคลากรทางการพยาบาลในเวรเช้า (8.00 น. ถึง 16.00 น.) ภาระงานครอบคลุมด้านการช่วยดูแลผู้รับบริการเบื้องต้น จัดเตรียมเอกสารทางการรักษาพยาบาล ดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ดูแลจัดเก็บอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อสำรองคงคลัง (Inventory) ในหน่วยบริการของตนให้ถูกต้องเป็นระเบียบและพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง และนำส่งคืนงานจ่ายกลาง เมื่ออุปกรณ์นั้นยังไม่ได้ใช้ แต่หมดอายุตามวันปราศจากเชื้อ เพื่อให้งานจ่ายกลางนำเข้าสู่ขบวนการทำเครื่องมือให้สะอาดตาม

เกณฑ์มาตรฐาน 7 ขั้นตอนอีกครั้ง พร้อมลงบันทึกการส่งคืนอุปกรณ์การแพทย์ในสมุดบันทึกประจำหน่วยบริการของตนเอง(ต้นทาง) และบุคลากรงานจ่ายกลางบันทึกที่งานจ่ายกลางอีกครั้ง (ปลายทาง)

ผู้วิจัยพบว่ากระบวนการทำงานเหล่านี้มีความซ้ำซ้อนและค่อนข้างเสียเวลา จึงนำแนวคิดของระบบ Lean มาช่วยค้นหาความสูญเปล่า (waste) ของกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลาง ได้พบความสูญเปล่า (waste) 3 ประการ คือสูญเสียเวลาการทำงานไปกับการเดินทาง (transportation) ในการส่งของปนเปื้อน และรับของปราศจากเชื้อกลับไปที่หน่วยงานตนเอง และสูญเสียเวลากับการจัดการของที่จัดเก็บคงคลัง (inventory) ทั้งด้านการจัดเก็บและส่งคืนเพราะไม่ได้ใช้และเมื่อมีการส่งคืนอุปกรณ์การแพทย์ที่หมดอายุวันปราศจากเชื้อก็สูญเสียเวลากับการบันทึกการคืนของที่ซ้ำซ้อนกับงานจ่ายกลาง (Excessive processing) ผู้วิจัยต้องการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ได้กิจกรรมที่มีคุณค่า (value) มาทดแทนความสูญเปล่าทั้ง 3 ด้าน และนำกิจกรรมที่มีคุณค่าไปปรับขั้นตอนการทำงานของงานจ่ายกลางและปรับขั้นตอนการทำงานของพนักงานช่วยการพยาบาลให้สามารถช่วยงานทีมการพยาบาลในหน่วยบริการของตนเองให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่าสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลางโดยใช้แนวคิดแบบ Lean

ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิดLean การปรับปรุงกระบวนการให้บริการด้วยการลดขั้นตอนการทำงานเป็นอีกวิธีการหนึ่งเพื่อให้กระบวนการทำงานคล่องตัว

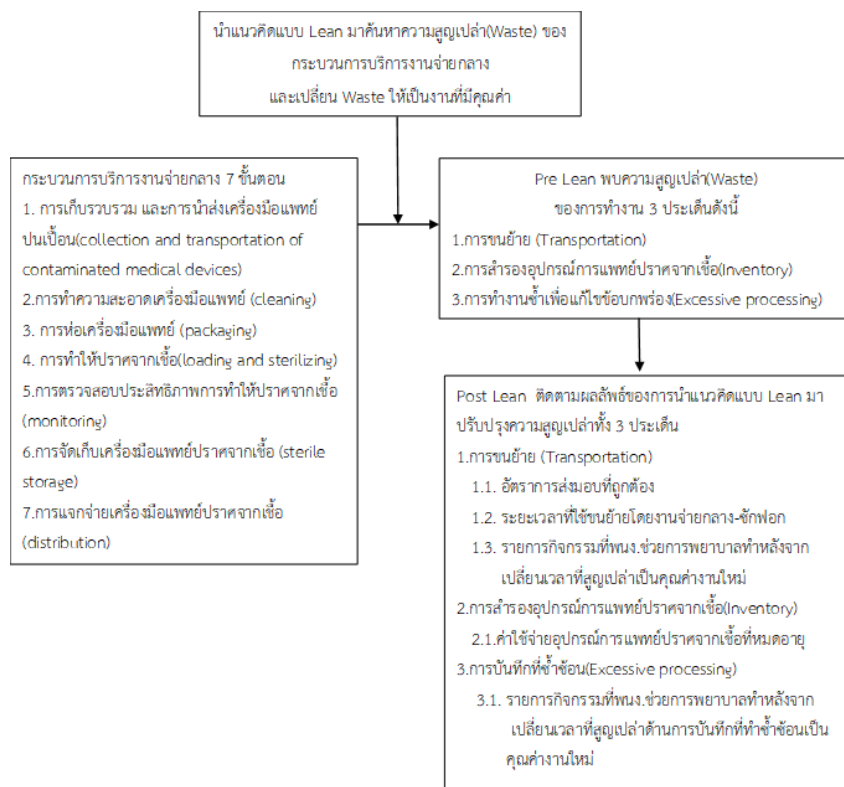
แนวคิดการลดขั้นตอนที่นิยมนำมาใช้ในปัจจุบันคือการนำแนวคิดแบบLean (Lean Thinking) ^{3,4} โดยกำจัดความสูญเสียในกระบวนการทำงานด้วยการใช้ประโยชน์จากการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง Lean หมายถึง “Production without waste” แนวคิด lean เป็นแนวคิดที่เปลี่ยนความสูญเสีย (waste) ในระบบบริการไปสู่คุณค่า (value) ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและองค์กร มีระบบการส่งมอบงานที่ดีมีต้นทุนที่ลดลง (Cost) ผลักดันให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าต้นทุน ความสูญเสียตามแนวคิดLean มี 8 ประการ⁵ ได้แก่ (1) งานที่ต้องแก้ไข (Defect rework) (2) การผลิตสินค้ามากเกินไปความต้องการ (Over production) (3) การรอคอย (Waiting) (4) ความคิดสร้างสรรค์ของทีมงานที่ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ (Non-utilized Talent) (5) การขนย้ายบ่อย ๆ (Transportation) (6) สินค้าคงคลังมากเกินไป (Inventory) (7) การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (Motion) (8) กระบวนการที่มากเกินไปจนจำเป็น (Excessive processing) มีการนำอักษรตัวหน้ามาย่อเป็นชื่อของความสูญเสียทั้ง 8 ประการว่า DOWNTIME

หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรวมทั้งหน่วยบริการต่างๆของโรงพยาบาล ได้นำแนวคิดการลดขั้นตอนการสูญเสียเปล่าในระบบบริการทั้ง 8 ประการมาสำรวจตนเองในทุกกระบวนการ และเลือกสิ่งที่เป็นประเด็นสำคัญมาปรับปรุงเพื่อขจัดความสูญเสียเปล่า โดยระดมให้เกิดผลกระทบทางลบต่อกระบวนการอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง

2. กระบวนการทำงานของงานจ่ายกลาง
มีขั้นตอนในการปฏิบัติงาน 7 ขั้นตอนดังนี้⁶

1. การเก็บรวบรวม และการนำส่งเครื่องมือแพทย์ปนเปื้อน
2. การทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ (cleaning)
3. การห่อเครื่องมือแพทย์ (packaging)
4. การทำให้ปราศจากเชื้อ (loading and sterilizing)
5. การตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ (monitoring)
6. การจัดเก็บเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ (sterile storage)
7. การแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อ (distribution)

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

พนักงานช่วยการพยาบาลงานผู้ป่วยใน
และผู้ป่วยนอกจำนวน 12 คน และบุคลากรงาน
จ่ายกลาง-ซักฟอก 2 คน

สถานที่ศึกษา

งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานสูติ
กรรม 1- 2 งานบริบาลทารก คลินิกนมแม่ คลินิก
เด็กป่วยและตรวจโรคทั่วไป คลินิกนรีเวช คลินิก
ฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ งานปฏิบัติการ
ชั้นสูติ คลินิกเด็กสุขภาพดี งานทันตกรรม และ
งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
เชียงใหม่ รวม 13 งาน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ความสูญเสียด้านการขนย้าย
(transportation) ได้แก่

- 1.1 ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งของ
ปนเปื้อนและรับของปราศจากเชื้อทั้งไปและกลับ
- 1.2 อัตราการส่งมอบของ
ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง
- 1.3 รายการกิจกรรมที่พนักงาน
ช่วยการพยาบาลทำหลังจากเปลี่ยนเวลาที่สูญเสีย
ไปด้านด้านการขนย้ายเป็นคุณค่างานใหม่

2. ความสูญเสียด้านวัสดุคงคลัง
(inventory) คือการสำรองอุปกรณ์การแพทย์
ปราศจากเชื้อ

2.1 ค่าใช้จ่าย(cost) อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อที่ไม่ได้ใช้แต่หมดอายุตามวันปราศจากเชื้อ

3. ความสูญเสียด้านการบันทึกที่ซ้ำซ้อน (Excessive processing)

3.1. รายการกิจกรรมที่พนักงานช่วยการพยาบาลทำหลังจากเปลี่ยนเวลาที่สูญเสียเปล่าด้านการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อนเป็นคุณค่างานใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้เป็นแบบฟอร์มที่ใช้บันทึกการทำงานประจำวัน 2 แบบฟอร์ม ผู้วิจัยได้ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกระยะเวลาการรับของปนเปื้อน และจ่ายของสะอาดปราศจากเชื้อ บันทึกวันที่ เวลาเริ่ม และเวลาสิ้นสุดของการรับของปนเปื้อน-จ่ายของสะอาด นำแบบบันทึกที่ 1 ไปหาความเที่ยง

2. แบบบันทึกการคืนอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อที่ไม่ได้ใช้แต่หมดอายุ เป็นบันทึกที่ใช้ประจำวันทั้งงานจ่ายกลาง บันทึก วันที่ ชื่อรายการของหมดอายุที่นำมาคืน

3. แบบบันทึกรายการกิจกรรมที่พนักงานช่วยการพยาบาลทำหลังจากเปลี่ยนเวลาที่สูญเสียเปล่าเป็นงานที่มีคุณค่า เป็นแบบบันทึกปลายเปิดบันทึกวันเวลา และรายการกิจกรรมที่ได้ทำในเวลาเดียวกับที่งานจ่ายกลางมารับของปนเปื้อนและส่งปราศจากเชื้อรอบเช้าและบ่ายในหน่วยงานของตน

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของแบบบันทึกที่ 1

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกที่ 1 คือแบบบันทึกวันที่ เวลาเริ่ม และเวลาสิ้นสุดของการรับของปนเปื้อน-จ่ายของ

สะอาด มาทดลองบันทึกเวลาโดยใช้นาฬิกาที่จับเวลาบนเครื่องมือสื่อสารบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ของบุคลากรงานจ่ายกลาง-ซักฟอกและผู้วิจัยไปทดลองจับเวลากับกิจกรรมในกระบวนการรับของปนเปื้อน-จ่ายของสะอาดปราศจากเชื้อจำนวน 10 ครั้ง ตรวจสอบความสอดคล้อง หรือความถูกต้องตรงกันของการจับเวลาที่บันทึกได้ ค่าความเที่ยงของการ สังเกตเวลาเท่ากับ 1.0

แบบบันทึกที่ 3 แบบบันทึกรายการกิจกรรมที่พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึก ให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวร/พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่กำกับดูแลพนักงานช่วยการพยาบาลผู้ป่วยใน-ผู้ป่วยนอกจำนวน 3 ท่าน (3 งาน) ตรวจสอบแบบบันทึกแบบบันทึกสามารถสื่อสารให้พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกได้ตรงตามกิจกรรมที่ทำ และตรงตามความหมายตัวแปรข้อที่ 3.1 ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทุกตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ระยะเวลาดำเนินงาน

15 ตุลาคม-15 ธันวาคม 2563 (2 เดือน)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการมีดังนี้

1. การวางแผน (planning: P)

บุคลากรงานจ่ายกลาง-ซักฟอกมีการทบทวนการปฏิบัติงานทุกวันก่อนทำงาน (quality talk) ร่วมกับหัวหน้างาน และได้รวบรวมปัญหาที่พบบ่อยคือ

1) บางหน่วยบริการไม่สามารถนำของปนเปื้อนส่งลงมาได้ทันรอบเวลาการล้าง ทำให้ขบวนการต่างๆของงานจ่ายกลางต้องชะลอ

กระทั่งการจ่ายของปราศจากเชื้อต้องชะลอออกไป ทำให้หน่วยบริการอื่นๆ ได้รับของปราศจากเชื้อช้าลง

2) บางหน่วยบริการแจ้งรายการเบิกช้า เนื่องจากในเวลานั้นมีงานฉุกเฉินเพื่อช่วยการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับทีมพยาบาล

3) เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิด 19 กรมควบคุมโรคได้ออกมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และอยู่ในระยะที่ยังไม่มีการประกาศใช้วัคซีนเป็นต้น งานจ่ายกลางจึงต้องการจำกัดการเข้า-ออกของบุคลากรที่มารับบริการ ต้องการลดความแออัดของการเข้าออกขณะที่พนักงานส่งของปนเปื้อน และขณะรอรับของปราศจากเชื้อ

ทั้ง 3 ประเด็น ที่บุคลากรงานจ่ายกลาง-ซักฟอกได้ระดมสมองร่วมกันสรุปให้เป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข จึงต้องการปรับปรุงการให้บริการให้ชัดเจนและเหมาะสมกับศักยภาพและอัตราการล้างของงานจ่ายกลาง-ซักฟอก แต่การแก้ไขต้องมีการสื่อสารร่วมกับหน่วยบริการอื่น ผู้วิจัยจึงรับหน้าที่ไปศึกษาทบทวนแนวคิดทางทฤษฎีที่หน่วยงานอื่นๆ ใช้ปฏิบัติ และสามารถนำมาใช้แก้ปัญหานี้ได้อย่างตรงจุดและรวดเร็ว และนำเสนอแก่ทีมนิเทศงานของฝ่ายการพยาบาล

2. การลงมือปฏิบัติงาน (action: A)

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารแนวคิด lean พบว่ามีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่รวบรวมมาได้ จึงนำเสนอให้ทุกคนช่วยกันค้นหาความสูญเปล่า(waste)จากกระบวนการให้บริการประจำวัน

2) เมื่อได้ข้อมูลความสูญเปล่า (waste) ในงานจ่ายกลาง ผู้วิจัยจึงประชุมกลุ่มพนักงานช่วยการพยาบาลทั้ง 12 คน ชี้แจงสาเหตุของปัญหา

และระดมสมองให้ค้นหาความสูญเปล่า (waste) ในหน่วยบริการที่ตนเองปฏิบัติงาน เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน และพร้อมให้ความร่วมมือในการทดลองปรับปรุงผู้วิจัยจึงนำเสนอประเด็นความสูญเปล่า (waste) มาสรุปให้สอดคล้องกับแนวคิด Lean ได้ความสูญเปล่า 3 ประเด็น

3) ผู้วิจัยส่งเรื่องขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ 043/2563

4) ออกแบบกระบวนการใหม่โดยใช้กระบวนการ Lean เพื่อขจัดความสูญเปล่า (waste) ของกระบวนการให้บริการงานจ่ายกลาง-ซักฟอก 3 ประการ คือ

4.1) ความสูญเปล่าด้านการขนย้าย (Transportation)

- กระบวนการเดิมคือทั้งรอบเช้าและบ่ายพนักงานช่วยการพยาบาลเป็นผู้นำเครื่องมือแพทย์ปนเปื้อนมาส่งและรอรับของปราศจากเชื้อกลับคืนหน่วยบริการ

- กระบวนการใหม่ คือ งานจ่ายกลาง-ซักฟอกขึ้นไปรับผ้าสกปรกจากหน่วยบริการพร้อมกับรับเครื่องมือแพทย์ปนเปื้อน เมื่อไปจ่ายผ้าสะอาดก็นำจ่ายเครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื้อแก่หน่วยบริการตามที่แจ้งเบิก

4.2) ความสูญเปล่าด้านการสำรองวัสดุคงคลัง (Inventory)

- กระบวนการเดิมคือ พนักงานช่วยการพยาบาลเป็นผู้เขียนจำนวนของปราศจากเชื้อที่ ต้องการเบิกในแต่ละวันเพื่อนำไปคงคลังในปริมาณที่ได้กำหนดสัปดาห์ต่อกันมา

- กระบวนการใหม่ คือ พนักงานช่วยการพยาบาลและพยาบาลประจำตึกร่วมกันคำนวณปริมาณการใช้ให้สอดคล้องกับหัตถการต่างๆตามปริมาณผู้รับบริการ และสอดคล้องกับ

รอบการให้บริการของงานจ่ายกลาง และให้พนักงานช่วยการพยาบาลตรวจเช็ควัสดุคงคลังทุกวันเพื่อเตรียมคืนของให้กับบุคลากรงานจ่ายกลาง-ซักฟอกที่ขึ้นมารับ-ส่งผ้าและของ

4.3) ความสูญเปล่าด้านการบันทึกซ้ำซ้อนที่มากเกินไปจนความจำเป็น (Excessive processing)

- กระบวนการเดิมคือ พนักงานช่วยการพยาบาลบันทึกวันเดือนปี จำนวนและรายการคืนของปราศจากเชื้อที่หมดอายุ งานจ่ายกลางก็รับของและลงบันทึกทั้งชื่อและจำนวนของอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เมื่อครบเดือนจึงเก็บข้อมูลย้อนกลับให้หน่วยบริการว่าส่งของมาทำปราศจากเชื้อก็รายการต่อเดือน คิดเป็นมูลค่าเท่าใด

- กระบวนการใหม่ คือ งานจ่ายกลางเป็นผู้บันทึกจำนวน และชื่อรายการของที่ส่งคืนเพียงงานเดียว และรายงานข้อมูลให้หน่วยงานที่คืนของทราบ เพื่อนำไปแก้ไขการคงคลังอุปกรณ์การแพทย์ในงานของตน

5) นำกระบวนการใหม่ที่ออกแบบโดยใช้กระบวนการLean แจกแก่วางหน้างาน พนักงานช่วยการพยาบาลและบุคลากรงานจ่ายกลาง-ซักฟอก ให้ร่วมประเมินความเป็นไปได้ในการปรับกระบวนการทำงาน

6) เมื่อทำความเข้าใจและได้ข้อสรุปจึงแจ้งแก่กลุ่มการพยาบาล และทบทวนระบบบริการแก่หน่วยงานเพื่อชี้แจงการทดลองปรับกระบวนการใหม่ในการรับ-ส่งของปนเปื้อน และของปราศจากเชื้อ

3. การสังเกตผลการปฏิบัติ/การประเมินผล (observation: O)

1) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมและบันทึกข้อมูลด้วยตนเองตามแบบบันทึกที่ 1 รวบรวมข้อมูลจากบันทึกงานจ่ายกลางตามแบบบันทึกที่ 2 และรวบรวมบันทึกกิจกรรมจากพนักงานช่วยการพยาบาลตามแบบบันทึกที่ 3

4.การสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (reflection: R)

1) นำผลการปรับปรุงระบบบริการที่ได้จากการศึกษาเสนอทีมงานและกลุ่มการพยาบาล

2) กำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานด้านการรับของปนเปื้อนและจ่ายของปราศจากเชื้อของงานจ่ายกลาง-ซักฟอก และแนวทางการดูแลคงคลังอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อประจำวันในงานของ พนักงานช่วยการพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาตามความสูญเปล่า (Waste) ของการทำงาน 3 ประเด็นคือการขนย้าย (Transportation) การสำรองอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อ (Inventory) การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง (Excessive processing) ดังนี้

1. การขนย้าย (Transportation)

1.1 นำเสนอข้อมูลระยะเวลา และระยะทางของกระบวนการก่อนปรับปรุง (Pre Lean) และหลังปรับปรุงกระบวนการ (Post Lean) ตามตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 รวมเวลาเฉลี่ยขั้นตอน Pre-Lean จำแนกตามรอบการทำงาน

รอบการทำงาน	ระยะทาง (เมตร)	Pre-Lean		รวมเวลา (นาทิจ)
		เวลาเฉลี่ยการ เดินทาง	เวลาเฉลี่ยส่งของปนเปื้อน/ของ Re-sterile และรับของปราศจากเชื้อ	
		ไป-กลับ (นาทิจ)	(นาทิจ)	
รอบเช้า(ไป-กลับ)	1,370	85	100	185
รอบบ่าย(ไป-กลับ)	1,370	96	85	181
รวมเวลาเฉลี่ย (ร้อยละ)		181(49.4)	185(50.6)	366(100)

จากตาราง 1 ระยะเวลาและระยะทาง ก่อนปรับปรุงกระบวนการ (Pre-Lean) ของ พนักงานช่วยการพยาบาลทั้ง 12 คนที่ใช้ในการ เดินทางไป-กลับจากหน่วยบริการของตนเองมาที่ งานจ่ายกลาง รวมระยะทางไป-กลับ 2 รอบ เท่ากับ 2,740 เมตร รวมเวลาทั้งรอบเช้าและรอบ

บ่ายได้ 366 นาทีต่อวัน โดยเป็นเวลาเดินทางไป-กลับทุกงานรวม 181 นาทีต่อวันคิดเป็นร้อยละ 49.4 ของเวลา Pre-Lean และใช้เวลาขณะรอส่ง ของปนเปื้อน-ของ Re-sterile พร้อมกับรอรับของ ปราศจากเชื้อรวมทุกงาน 185 นาทีต่อวันคิดเป็น ร้อยละ 50.6 ของเวลา Pre-Lean

ตาราง 2 รวมเวลาเฉลี่ยขั้นตอน Post Lean จำแนกตามรอบการทำงาน และตามกิจกรรมรับ-จ่าย

รอบการทำงาน	ระยะทาง (เมตร)	Post Lean	
		เวลาเฉลี่ยการ เดินทางไป-กลับ	หมายเหตุ
		(นาทิจ)	
รอบเช้า(ไป-กลับ / 1 เที่ยว)			ทำกิจกรรมโดยบุคลากร
1. ไปจ่ายผ้าสะอาด	460	45	ของงานจ่ายกลาง-
2. ขากลับรับผ้าและเครื่องมือแพทย์ที่ ปนเปื้อน	460	75	ซักฟอกจำนวน 2 คน
รอบบ่าย(ไป-กลับ / 1 เที่ยว)			
1. ไปจ่ายผ้าสะอาดและของปราศจากเชื้อ	460	55	
2. ขากลับรับผ้าเปื้อนส่งซักฟอก	460	32	
รวมระยะทางและเวลาเฉลี่ย	1,840	207	

จากตาราง 2 ระยะเวลาและระยะทาง หลังปรับปรุงกระบวนการ (Post Lean) บุคลากร ของงานจ่ายกลาง-ซักฟอกจำนวน 2 คนกระทำ กิจกรรมแทนพนักงานช่วยการพยาบาลของทุกงาน กิจกรรมทั้ง 2 รอบ (เช้า-บ่าย) ใช้เวลารวมเฉลี่ย 207 นาที และระยะทางไป-กลับ 2 รอบลดลง เหลือเพียง 1,840 เมตร

1.2 อัตราการส่งมอบของปราศจากเชื้อที่ ถูกต้องโดยงานจ่ายกลาง-ซักฟอก ส่งมอบแก่หน่วย บริการถูกต้องร้อยละ 99.60 ถึงร้อยละ 100

1.3 รายการกิจกรรมทั้งภาคเช้าและบ่าย ที่พนักงานช่วยการพยาบาลทำหลังจากเปลี่ยน เวลาที่สูญเสียเปล่าด้านการขนย้ายเป็นคุณค่างานใหม่ ที่สามารถให้เวลาได้อย่างเต็มที่ในจุดบริการของ ตนเอง ไม่ต้องแบ่งขั้นตอนของกิจกรรมนั้นเพื่อแบ่ง เวลาไปงานจ่ายกลาง กิจกรรมที่ทำได้อย่างเต็มที่ ในช่วงที่งานจ่ายกลาง-ซักฟอกมาทดแทนเวลาคือ

- 1) การดูแลวัสดุคงคลังได้อย่าง เต็มศักยภาพ
- 2) การเตรียมพร้อมอุปกรณ์/ สถานที่ของใช้ประจำวัน เช่น ชุดตรวจvital sign ชุด เครื่องมือแพทย์ใช้Roundผู้รับบริการประจำวัน ชุด สาธิตการอาบน้ำทารกประจำวัน
- 3) การช่วย screening หน้าห้อง ตรวจ/การช่วยวัด vital sign
- 4) การเตรียมความพร้อมใช้ ประจำวันของห้องสอนสุขศึกษานอกจากนี้ก็กระทำ กิจกรรมที่ได้ทำเป็นประจำในเวลาหลังจากรับของจาก งานจ่ายกลางแล้ว เช่น การเตรียมเอกสารเพื่อเตรียม ส่งเบกิสทิตต่างๆ ของผู้รับบริการ การส่ง lab การคืน เวชระเบียน การจัดเก็บเตียงเมื่อผู้รับบริการได้รับการ

จำหน่าย การดูแลทั่วไปในการให้บริการห้องพิเศษ และการดูแลการแจกจ่ายอาหาร-อาหารว่างจาก งานโภชนาการ

2. ด้านความสูญเสียเปล่าวัสดุคงคลัง (inventory) การคืนอุปกรณ์การแพทย์ปราศจาก เชื้อที่ไม่ได้ใช้แต่หมดอายุวันปราศจากเชื้อ ค่าใช้จ่าย(cost) คิดเป็นความสูญเสียเฉลี่ยรวม 3,628 บาท

3. ความสูญเสียเปล่าด้านการบันทึกที่ทำ ซ้ำซ้อน (Excessive processing) รายการกิจกรรม สำคัญ ที่พนักงานช่วยการพยาบาลทำหลังจาก เปลี่ยนเวลาที่สูญเสียเปล่าด้านการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อน เป็นคุณค่างานใหม่ที่กระทำได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้แก่การดูแลวัสดุคงคลังโดย

- 1) ตรวจสอบยอดอุปกรณ์การแพทย์ ปราศจากเชื้อคงคลังประจำวัน
- 2) หมุนเวียนลำดับการใช้ อุปกรณ์ การแพทย์ให้เป็นปัจจุบัน
- 3) ดูแลบริเวณที่จัดเก็บอุปกรณ์การแพทย์ ปราศจากเชื้อให้สะอาดมิดชิดและไม่อับชื้น

4. ได้ระบบบริการงานจ่ายกลางระบบ ใหม่ 1 ระบบ โดยให้งานจ่ายกลาง-ซักฟอกเป็นผู้ ไปรับของปนเปื้อน และจ่ายของปราศจากเชื้อ ให้แก่หน่วยบริการ (พนักงานช่วยการพยาบาลไม่ ต้องเดินทางมาส่งของปนเปื้อน-ส่งของ Re sterile หรือรับของสะอาดขึ้นตึกอีกต่อไป) ขั้นตอนลดลง จาก 9 ขั้นตอนเหลือ 6 ขั้นตอนระยะทางลดลงจาก 2,740 เมตร เหลือ 1,840 เมตร เวลาลดลงจาก 366 นาทีเหลือ 207 นาที

ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอน Pre Lean (ระบบบริการงานจ่ายกลาง ระบบเดิม)	ผู้ปฏิบัติ	ลำดับ ขั้นตอน	ขั้นตอนPost Lean (ระบบบริการงานจ่ายกลาง ระบบใหม่)	ผู้ปฏิบัติ
	ช่วงเช้า			ช่วงเช้า	
1	นำของปนเปื้อนส่งงานจ่ายกลาง	พนักงาน*	1	จ่ายผ้าสะอาด รับผ้า-ของปนเปื้อน จากหน่วยงาน	จ่ายกลาง
2	รับของปนเปื้อนส่งงานจ่ายกลาง	จ่ายกลาง	2	นำของปนเปื้อนเข้ากระบวนการ งานจ่ายกลาง 7 ขั้นตอน	จ่ายกลาง
3	รอรับของปราศจากเชื้อที่แจ้งเบิก	พนักงาน* & จ่ายกลาง	3	จ่ายของปราศจากเชื้อรอบเช้า(ถ้า มีการแจ้งขอรับในรอบเช้า)	จ่าย กลาง
4	ตรวจเช็คของที่เบิกร่วมกัน	พนักงาน* & จ่ายกลาง			
5	เดินทางกลับไปปฏิบัติงานที่ หน่วยงานตนเอง	พนักงาน*	4	เดินทางกลับไปปฏิบัติงานที่จ่าย กลาง-ซักฟอก	จ่ายกลาง
ช่วงบ่าย			ช่วงบ่าย		
6	จัดของปราศจากเชื้อตามที่งานเขียน เบิก รอพนักงาน*มารับของเอง	จ่ายกลาง	5	จ่ายของปราศจากเชื้อและผ้า สะอาดที่ค้างจ่ายไว้จากช่วงเช้า/ที่ เบิกใหม่และเช็คของที่จ่ายร่วมกัน ที่หน่วยบริการ	พนักงาน *& จ่ายกลาง
7	พนักงาน*เดินทางไปจ่ายกลางเพื่อ รับของปราศจากเชื้อที่ค้าง/ที่เบิก ใหม่	พนักงาน*			
8	ตรวจเช็คของที่เบิกร่วมกัน ณ งาน จ่ายกลาง	พนักงาน* & จ่ายกลาง			
9	เดินทางกลับไปปฏิบัติงานที่ หน่วยงาน	พนักงาน*	6	เดินทางกลับไปปฏิบัติงานที่จ่าย กลาง	จ่ายกลาง
ใช้ระยะทางและเวลาเดินทางไป-กลับทั้งเช้า-บ่ายเป็น ระยะทางรวม 2,740 เมตร และใช้เวลาขณะรับบริการที่งาน จ่ายกลางรวม 366 นาที กระบวนการมี 9 ขั้นตอน			ใช้ระยะทางและเวลาเดินทางไป-กลับทั้งเช้า-บ่าย เป็น ระยะทางรวม 1,840 เมตร และใช้เวลาขณะให้บริการที่ หน่วยงานรวม 207นาที กระบวนการลดเหลือ 6 ขั้นตอน		
พนักงาน* : พนักงานช่วยการพยาบาล					

อภิปรายผลการศึกษา

1. ความสูญเสียเปล่าของเวลาจากการขนย้าย (transportation)

จากระยะเวลาที่พนักงานช่วยการพยาบาลใช้ในการส่งของปนเปื้อนและรับของปราศจากเชื้อทั้งไปและกลับก่อนปรับปรุงกระบวนการ (Pre Lean) รวมเวลา 366 นาทีต่อวัน ซึ่งแยกเป็นเวลาของการเดินทางไป-กลับของพนักงานช่วยการพยาบาลทุกงานรวม 181 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 49.4 ของเวลา Pre Lean) และเป็นเวลาขณะรอส่งของปนเปื้อนพร้อมกับรอรับของปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลางรวมทุกงาน 185 นาทีต่อวัน (ร้อยละ 50.6 ของเวลา Pre Lean) ระยะทางไป-กลับ (1รอบ) ของทุกคนรวมกันเท่ากับ 1,370 เมตร เมื่อทำการปรับปรุงกระบวนการให้บริการโดยให้บุคลากรของงานจ่ายกลาง-ซักฟอกจำนวน 2 คนกระทำกิจกรรมแทนพนักงานช่วยการพยาบาลของทุกงาน เนื่องจากงานจ่ายกลาง-ซักฟอกต้องขึ้นไปรับผ้า/จ่ายผ้าทุกจุดบริการอยู่แล้ว พบว่างานจ่ายกลาง-ซักฟอกใช้เวลารวมเฉลี่ย 207 นาที และระยะทางไป-กลับ (1รอบ) ลดลงเหลือเพียง 920 เมตร เนื่องจากพื้นที่จุดบริการอยู่ต่อเนื่องกันไปงานจ่ายกลาง-ซักฟอกจึงสามารถรับ-จ่ายได้ตามเส้นทางจุดบริการ โดยไม่ต้องมีการเดินทางเข้าไป-กลับดังเช่นพนักงานช่วยการพยาบาลทุกงานที่ต้องเดินทางไปทำกิจกรรมที่งานจ่ายกลางกันเอง จึงเป็นการลดขั้นตอนการทำงานสามารถนำเวลา 366 นาทีคืนให้กับหน่วยงาน ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ใช้แนวคิดเช่นนี้แล้วสามารถลดขั้นตอนการทำงานได้ เช่น การศึกษาของ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี⁽⁷⁾ ทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการคลินิก

เบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า ขั้นตอนการรับบริการลดลงจาก 16 ขั้นตอนเหลือ 6 ขั้นตอน ด้านระยะเวลาการใช้บริการที่สั้นที่สุดลดลงจาก 106 นาทีเป็น 47 นาทีและระยะเวลายาวที่สุดลดลงจาก 434 นาทีเป็น 168 นาที เช่นเดียวกับการศึกษากระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช⁽⁸⁾ ก่อนปรับปรุงกระบวนการมีจำนวน 20 กิจกรรมย่อย เมื่อใช้แนวคิดลีนกระบวนการลดลงเหลือ 15 กิจกรรมย่อย เวลามาตรฐานที่ใช้ในกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการปรับปรุงกระบวนการเท่ากับ 247.00 นาที หลังปรับปรุงเท่ากับ 56.13 นาที

เมื่อติดตามการทำงานของบุคลากรของงานจ่ายกลาง-ซักฟอกเรื่องอัตราการส่งมอบของปราศจากเชื้อแก่หน่วยบริการถูกต้องพบร้อยละ 99.60 ถึงร้อยละ 100 ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษาพบ 2 ครั้ง เนื่องจากติดป้ายชี้บ่งชื่อหน่วยบริการที่เป็นเจ้าของอุปกรณ์ผิดพลาดและการจัดของปราศจากเชื้อลงกล่องเพื่อเตรียมจ่ายผิดพลาด การพบความผิดพลาดพบในขณะพนักงานช่วยการพยาบาลตรวจสอบขณะรับของจึงมีการแก้ไขในช่วงวันเวลาที่กำลังจ่าย เวลาของ Pre Lean ทั้งหมดที่ได้คืนมาของพนักงานช่วยการพยาบาลจึงถูกปรับให้เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลเบื้องต้น เช่น การเตรียมพร้อมอุปกรณ์/สถานที่ของใช้ประจำวัน การเตรียมเอกสารเพื่อเตรียมส่งเบิกสิทธิต่างๆ ของผู้รับบริการ การส่ง lab การตรวจสอบบันทึกการนัด การช่วยวัด vital sign การดูแลทั่วไปในการให้บริการห้องพิเศษ และการดูแลการแจกจ่ายอาหาร-อาหารว่างจากงานโภชนาการ เป็นต้น

2. ความสูญเสียทางด้านวัสดุคงคลัง (inventory)

การคืนอุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อที่ไม่ได้ใช้แต่หมดอายุวันปราศจากเชื้อ จากการศึกษาครั้งนี้ พบค่าใช้จ่าย (cost) อุปกรณ์การแพทย์ปราศจากเชื้อที่ไม่ได้ใช้แต่หมดอายุวันปราศจากเชื้อคิดเป็นความสูญเสียเฉลี่ยรวม 3,628 บาท(จากข้อมูลปี 2561-2563 ค่าใช้จ่าย (cost) การคืนของปราศจากเชื้อเฉลี่ยตั้งแต่ 4,760 บาท ถึง 14,560 บาท)จากรายงานในบทความวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์⁹ เรื่องการ Re-Sterile อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ทำการศึกษาเมื่อ ต.ค.59-พ.ค.60 พบว่าเมื่อผู้ช่วยเหลือคนไข้มีการตรวจเช็คระบบ First-in, First-out เป็นประจำทุกวัน ทำ Minimum stock และ Maximum stock ไว้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา สามารถลดค่าใช้จ่ายในการ re-sterile ตั้งแต่ ต.ค.59-พ.ค.60 รวม 18,180 บาท เช่นเดียวกับนวัตกรรมดีเด่นปี 2557 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล⁽¹⁰⁾ แก้ปัญหาการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดไว้จำนวนมาก ทำให้มีของคงคลังที่หมดอายุการคงสภาพปราศจากเชื้อหลังจากนำแนวคิดลิ้นเข้ามาใช้จำนวนการ Re-sterile เครื่องมือผ่าตัดลดลงจากเดิม ซึ่งก่อนนำกระบวนการของแนวคิดลิ้น (Pre Lean) เข้ามาใช้มีการคืนของจำนวน 41 กล่อง (85 ห่อ) หลังจากนำแนวคิดลิ้น (Post Lean) เข้ามาปรับปรุงกระบวนการและติดตามไป 3 เดือน เดือนที่ 3 เหลือเพียง 19 กล่อง (47 ห่อ) ค่าใช้จ่ายในการ Re-sterile เครื่องมือผ่าตัดก็ลดลง ซึ่งก่อนนำกระบวนการมาใช้สิ้นเปลือง 13,315 บาท/เดือน ติดตามไป 3 เดือน เดือนที่ 3 สิ้นเปลืองเท่ากับ 6,665 บาท การนำเครื่องมือมา Re-sterile นอกจากโรงพยาบาลต้อง

เสียงบประมาณในการจัดการชุดเครื่องมือใหม่ ยังเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากรงานจ่ายกลางอีกด้วย ดังการศึกษาของโรงพยาบาลลงทราจังหวัดพัทลุง⁽¹¹⁾ ได้พบปัญหาดังกล่าว และยังพบอีกว่าหน่วยงานที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือแต่ชุดเครื่องมือไม่เพียงพอเนื่องจากเครื่องมือไปอยู่ในหน่วยงานที่ไม่ได้ใช้มากเกินไป หลังจากมีการพัฒนาค่าใช้จ่ายในกระบวนการ Re-sterile ลดลงและภาระงานเจ้าหน้าที่ก็ลดลง

3. ความสูญเสียด้านการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อน (Excessive processing)

จากเดิมพนักงานช่วยการพยาบาลทุกหน่วยบันทึกวันเดือนปี จำนวนและรายการคืนของปราศจากเชื้อที่หมดอายุตามวันปราศจากเชื้อ งานจ่ายกลางรับของปราศจากเชื้อที่ยังไม่ได้ใช้แต่หมดอายุ ลงบันทึกทั้งชื่อและจำนวนของอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เป็นการบันทึกทั้ง 2 จุด การทำงานกระบวนการใหม่งานจ่ายกลางจึงเป็นผู้บันทึกเพียงงานเดียวบันทึกจำนวน และรหัสเลข(หรือชื่อรายการของที่ส่งคืน) และนำไปคิดมูลค่าการสูญเสียของการทำให้ปราศจากเชื้อ รายงานข้อมูลให้หน่วยงานทราบ ดังการศึกษาของณัชชา รุ่งโรจน์พานิช⁽¹⁾ พบความสูญเสียจากการทำงานที่มีขั้นตอนมากมาย (Excess Processing) ถือเป็นการทำงานซ้ำซ้อนของกระบวนการให้บริการ เช่น ต้องลงบันทึกทั้งในเอกสาร และลงในระบบคอมพิวเตอร์ซ้ำอีกครั้ง สามารถลดขั้นตอนจาก 7 ขั้นตอน (ใช้เวลา 189 นาที) เหลือเพียง 5 ขั้นตอน (ใช้เวลา 81 นาที) ในอนาคตการแก้ไขการบันทึกที่ทำซ้ำซ้อน (Excessive processing) โดยใช้ระบบดิจิทัล เช่น การทำแอปพลิเคชันบันทึกการคืนอุปกรณ์การแพทย์ พร้อมรายงานผลคุ่มทุนแบบวันต่อวันทั้งแบบตารางตัวเลขและกราฟ ว่าของที่คืน

มาแก่งงานจ่ายกลางในวันนั้นคิดเป็นมูลค่าการสูญเสียประมาณกี่บาท เป็นการรายงานเพื่อสะท้อนปัญหา Medical Supplies Inventory VS Unit Cost แก่หัวหน้างาน จะทำให้สะดวกรวดเร็วและเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น

4. การลดความสูญเสียเปล่าทั้ง 3 ประเด็น ทำให้พนักงานช่วยการพยาบาลสามารถช่วยงานด้าน nursing care พื้นฐานให้แก่ทีมพยาบาลได้มากขึ้น ดูแลจัดเก็บพัสดุ/วัสดุคงคลังให้สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ และสามารถไปช่วยงานจุดบริการอื่นที่ขาดอัตรากำลัง ทีมบริหารการพยาบาลนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดระบบการทำงานของพนักงานช่วยการพยาบาลได้

5. การส่งเสริมสุขภาพด้านอาชีวอนามัย (Occupational health) วางแผนเตรียมเสนอฝ่ายบริหารขอจัดซื้อจัดจ้างติดมอเตอร์ไฟฟ้ารถเข็นผ้าให้งานจ่ายกลาง-ซักฟอก เพื่อช่วยทุ่นแรงการเข็นผ้าและอุปกรณ์การแพทย์จากงานจ่ายกลางสู่หน่วยบริการ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 30,000 บาท

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การบริหารจัดการอุปกรณ์การแพทย์คงคลัง (Inventory) พบว่ายังมีอัตราคงคลังที่พยาบาลในงานต้องคอยกำกับติดตามพนักงานช่วยการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพราะพนักงานช่วยการพยาบาลอาจประมาณจำนวนอุปกรณ์เพื่อใช้ในกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ได้ไม่ครอบคลุมต่อการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละวัน

2. แม้กำหนดเป็นหัวข้อการสอนงานแก่พนักงานช่วยการพยาบาล แต่อัตราการลาออก/รับใหม่ของ มีอยู่ตลอดทุกปี เนื่องจากอัตราค่าจ้างที่ต่ำเป็นปัจจัยสำคัญ (ประมาณ 8,000 – 9,000

บาท ต่อเดือน) ดังนั้นต้องมีการสอนงานเพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่าวนซ้ำไปอยู่เสมอเมื่อมีการลาออก/รับใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. ณัชชา รุ่งโรจน์พานิช. การประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อพัฒนาระบบการเบิกและจ่ายยาจากคลังยา. ว.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]; 2:31-5. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUJ/article/download>
2. กัญยาณี จีระระรินศักดิ์, ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์, รัตนา ปานเรียนแสน. การปรับปรุงกระบวนการบริการแผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติครั้งที่7[อินเทอร์เน็ต]. 2559[เข้าถึงเมื่อ10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://journalgrad.ssrui.ac.th/index.php/5-01/article/view/572.2625>
3. คณะแพทยศิริราชพยาบาล. Leanในบริการสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต].2560[เข้าถึงเมื่อ10ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/download_count
4. ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ความหมายของ Lean[อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://medinfo2.psu.ac.th/qc/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=95
5. ผศ.สมจิตร ลาภโนนเขวา. Service Value Stream Management (SVSM):การประยุกต์ใช้แนวคิด Lean ในอุตสาหกรรมบริการ[อินเทอร์เน็ต]. 2016[เข้าถึง

- เมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/p29-32.pdf>
6. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันเพื่อป้องกันควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันเพื่อป้องกันควบคุม.pdf \(thainapci.org\)](http://www.thainapci.org)
 7. พันธิภา พิญญะคุณ, อารี ชิวเกษมสุข, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิก เบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบสิ้นโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. ว.พยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2563]; 18:280-90. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/RTAN/article/view>
 8. ลัดดา ผลรุ่ง, ฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์, อรอนงค์ วิชัยคำ. การประยุกต์แนวคิดสิ้นในการปรับปรุงกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. ว.พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2563]; 47:440-52. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/241834/164616>
 9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. บทความ/วิจัย เรื่อง : ค้นหา 615 การ Re-Sterile อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ รพ.กมลาไสย[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.86.16/kmblog?page_research_detail
 10. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. Lean Sterile Store Room B - ศิริราช พยาบาล:นวัตกรรมดีเด่นโครงการติดตามประจำปี 2557[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/download_count
 11. กาญจนา สันอี, หรอหมาน เสมอมาต. Re-check to Re- Sterile:กระบวนการพัฒนาคุณภาพในการ Re – Sterile หน่วยงานจ่ายกลางโรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://data.ptho.moph.go.th/uploads>

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลลำพูน

The Development of Nursing Practice Guidelines for Controlling the Spread of Antimicrobial Resistant in Lamphun Hospital

มาลีวรรณ เกษตรทัต¹, ศศิประภา ตันสุวัฒน์², ศิรินันท์ ยิ้มโกศล³

Maleewan Kasettath¹, Sasiprapa Tansuwat², Sirinan Yimkosol³

กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลลำพูน^{1,2,3}

Infection Control and Prevention of Nursing Division^{1,2,3}

¹Corresponding author, E-mail: airicnlph@gmail.com

(Revised: February 17, 2023; Revised: March 07, 2023; Accepted: March 9, 2023)

บทคัดย่อ

ปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการป้องกัน ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวนทั้งสิ้น 198 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และระยะที่ 4 การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา แบบประเมินการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและเชิงปริมาณด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า จากการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.072, P < 0.001$) สามารถปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้งในด้านการแยกผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การจัดการสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การสื่อสาร และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้มากกว่าร้อยละ 80 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.24$)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ, เชื้อดื้อยา

ABSTRACT

The problem of antimicrobial resistant in hospitals is likely to increase. Nurses should play a role in preventing the spread of antimicrobial resistance. Therefore, this research aims to develop nursing practices and the effectiveness of using nursing practices to control the spread of antimicrobial resistant in Lamphun Hospital. The sample was 198 registered nurses operating in the inpatient ward. Tools used in the study include nursing practices for controlling the spread of antimicrobial resistant accordance with the PRECEDE – PROCEED model of Green and Kreuter (2005) consisted of four phases: Phase 1 survey of problems and needs, Phase 2 design and development, Phase 3 trial and Phase 4 evaluation. Tools used to collect data include knowledge assessments, assessment of antimicrobial resistant prevention practices and satisfaction assessments. Analyze qualitative data use contents analysis and statistical analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation and paired samples t-test at a significance level of 0.05.

The study found that: After the use of nursing practices, Registered nurses' knowledge of caring for patients with antimicrobial resistant increased statistically significantly ($t = -20.072$, $P < 0.001$). Can practice controlling the spread of antimicrobial resistant both in terms of patient isolation, stain management, patient mobility, clean hands, environmental management, wearing protective equipment, communication and advising patients and relatives more than 80 percent and satisfaction with nursing practices controlling the spread of antimicrobial resistant at the most levels ($\bar{X} = 4.24$)

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Controlling the Spread, Antimicrobial Resistant

บทนำ

การดื้อยาด้านจุลชีพ (Anti-microbial Resistance – AMR) หรือเชื้อดื้อยา เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาทั่วโลก และพบว่าเชื้อจุลชีพมีกลไกการดื้อยาแบบใหม่ ยาด้านจุลชีพ หรือที่เรียกว่ายาปฏิชีวนะได้ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อนำมาใช้ควบคุมเชื้อโรคเหล่านี้มากกว่า 70 ปี ตั้งแต่มีการค้นพบยาเพนิซิลิน และมีการค้นพบยาด้านจุลชีพตัวอื่น ๆ ตามมา ที่นำมาใช้ในการรักษาโรคติดเชื้ออีกหลายชนิด แต่ยาด้านจุลชีพที่เคยใช้ได้ผลในการรักษาโรคนี้อาจกลับใช้ไม่ได้ผลอย่างที่เคยเป็นมา เพราะเชื้อจุลชีพมีการพัฒนาตัวเอง จนมีคุณสมบัติในการต่อต้านยาที่ใช้ใน

การควบคุมเชื้อโรคนั้นๆ ทำให้เกิดการดื้อยาด้านจุลชีพตามมา^(2,3)

ปัญหาเชื้อดื้อยา (Antibacterial resistance) จัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญ เพราะเชื้อแบคทีเรียดื้อยาถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด การศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี 2560 ได้สำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาล 1,023 แห่งทั่วประเทศ พบว่าเชื้อจุลชีพ 5 ชนิด ที่พบบ่อยในโรงพยาบาลและมักดื้อยาปฏิชีวนะมากกว่า 1 ชนิดได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus aureus* ซึ่งล้วนเป็นเชื้อแบคทีเรียที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขประเทศ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าเชื้อชนิดอื่น และยังพบว่า ประเทศไทยมีการ

ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาโดยเฉลี่ยประมาณปีละ 88,000 ราย เสียชีวิตประมาณ ปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาทต่อปี⁽⁴⁾

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด ที่ผ่านมาพบปัญหาคือ มีเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นดังข้อมูลในปี 2562 - 2564 พบการติดเชื้อดื้อยาร้อยละ 30.62, 40.53 และ 43.53 ตามลำดับ จากรายงานทางห้องปฏิบัติการจำนวนเชื้อดื้อยาที่พบทั้งหมดในปี 2562-2564 พบจำนวน 1272, 1575 และ 841 ตามลำดับ พบในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก คิดเป็นร้อยละ 54.0, 48.1, 38.6 และ 28.5 ตามลำดับ⁽⁵⁾ โรงพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และฟื้นคืนสภาพสู่ภาวะปกติโดยเร็ว⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นบทบาทพื้นฐานที่สำคัญและเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถทำได้ โดยหัวหน้ากลุ่มงาน ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้น มีบทบาทสำคัญในการนิเทศทางคลินิก และพัฒนาทักษะ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และในการจัดการความเสี่ยงต่างๆในโรงพยาบาลได้⁽⁷⁾ รวมทั้งการนิเทศทางคลินิกแก่พยาบาลวิชาชีพในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้

ด้วยความสำคัญข้างต้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลลำพูน มีหน้าที่กำกับติดตามการ

ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จึงต้องการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE – PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005)⁽⁸⁾ เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา อันจะช่วยป้องกัน ควบคุม และลดความเสี่ยงจากการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยจากการติดเชื้อดื้อยา ลดค่าใช้จ่าย และจำนวนวันนอนของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากร

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก 1,

หอผู้ป่วยหนัก 2, หอผู้ป่วยหนัก 3, อายุรกรรมหญิง, อายุรกรรมชาย 1, หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม, ศัลยกรรมชาย, ศัลยกรรมหญิง, ศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง, ศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย, พิเศษสูงชัน 3, 4 พิเศษรุ่มเย็นชั้น 4, 5 และหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเด็กระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565 จำนวนทั้งสิ้น 198 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005)⁸ ในการวางแผนแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 3 การทดลองใช้ ระยะที่ 4 การประเมินผล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา แบบประเมินการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 2 ท่าน และดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา แบบประเมินการปฏิบัติการควบคุมการ

แพร่กระจายเชื้อดื้อยา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.862, 0.912 และ 0.811 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ จากการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พัฒนาขึ้นตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005)⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ

ผู้วิจัยและทีมพัฒนาดำเนินการประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อจัดประชุมสนทนากลุ่มเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ

ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อดื้อยา ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน
2. สืบหาหลักฐานและการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ในหอผู้ป่วยในจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การบันทึก การสังเกต การปฏิบัติ และการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรอื่นๆ ในหอผู้ป่วย
3. สืบหาปัญหาและความต้องการในประเด็นการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา จากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และครอบคลุม แม้ว่าจะมีวิธีปฏิบัติเรื่องการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ที่จัดทำโดยกลุ่มงานการพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ แต่วิธีที่จะนำมาสู่ปฏิบัติทางการพยาบาลมีความแตกต่างกันทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมถึงพยาบาลวิชาชีพบางหอผู้ป่วยยังขาดการมีส่วนร่วม หัวหน้าหอผู้ป่วยบางคนขาดการติดตามประเมินผล และขาดการสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไม่ได้ผลดีตามเป้าหมาย ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอความคิดเห็นถึงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ควรมีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยระบุวิธีปฏิบัติ แนวทางกรอบเวลา การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์มาสรุปเนื้อหา ทบทวนวรรณกรรมและออกแบบแนวปฏิบัติฯ พร้อมคู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งกำหนดทีมพัฒนาประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย โดยร่วมกันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ อย่างเป็นระบบเพื่อให้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกแหล่งข้อมูล หลังจากนั้นนำมากำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และกิจกรรมการให้ความรู้ ดังตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 แผนการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม	เป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 1-2	- สอนให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ที่ครอบคลุมกิจกรรม 8 ด้าน ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การจัดการสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกัน	■ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Formative supervision)

ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม	กิจกรรม	เป้าหมาย
	การสื่อสาร และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ - สอนให้คำแนะนำ และร่วมปฏิบัติ กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา อย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง เพื่อปรับกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนา - Pre-conference ทุกวันที่มีผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา ด้วยวิธีการ 1) ให้กำลังใจเสริมพลังอำนาจ ให้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยา ตามวิธีปฏิบัติในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 2) สนับสนุนอุปกรณ์ ระยะเวลาในการพัฒนาวัตกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ	■ เพื่อการสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่างๆ (Restorative supervision)
สัปดาห์ที่ 3-4	- ทำ case conference - ประเมินการปฏิบัติตาม การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยารายบุคคลและสะท้อนผลการปฏิบัติงานในทุกชั้นตอนภายใต้บรรยากาศแห่งความไว้วางใจ - บันทึกผลการดำเนินกิจกรรม	■ เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Normative supervision)

ด้านผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติฯ ได้กำหนดผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ที่มุ่งเน้น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา 2) การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา และ 3) ความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้งนี้เครื่องมือการวิจัย ได้นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ พร้อมทั้งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้น

1. ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย แจงสิทธิแก่พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลก่อนใช้แนวทางปฏิบัติฯ

2. จัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจาย

เชื่อด้อยาที่พัฒนาขึ้น โดยการใช้โปรแกรมไมโครซอฟเพาเวอร์พอยท์ (Power point) และแผ่นพับครอบคลุมกิจกรรม 8 ด้าน ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การจัดการสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การสื่อสาร และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยแบ่งการจัดอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในกรณีที่ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้จะมอบและนำเสนอแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นรายบุคคลและให้สามารถซักถามในประเด็นที่สงสัยได้ภายหลัง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ดำเนินการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาในหอผู้ป่วย

3. ติดตามและกำกับให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กรอบแนวคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมของคนมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลายๆปัจจัย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆ ด้านประกอบกันของแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ทั้งการประชุม การให้คำปรึกษาในทีมพยาบาลในช่วงการรับส่งเวรเกี่ยวกับการปฏิบัติที่หลากหลาย ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยา การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์ ระยะเวลาในการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Formative supervision) การสนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่างๆ

(Restorative supervision) การปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Normative supervision) แก่ทีมพยาบาล และพิจารณาปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย

ระยะที่ 4 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยและทีมพัฒนาเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใน 3 ด้าน ได้แก่ ประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื่อด้อยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาหลังทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติตามการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาในโรงพยาบาล และประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาที่พัฒนาขึ้น

2. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื่อด้อยาในโรงพยาบาลลำพูน จำนวนทั้งสิ้น 198 คนพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 – 10 ปี เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เคยพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อด้อยา และได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อด้อยาใน 1 ปีที่ผ่านมา ดังตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=198)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	33	16.7
31 – 40 ปี	81	40.9
41 – 50 ปี	62	31.3
51 – 60 ปี	22	11.1
Max = 56, Min = 22, $\bar{x}$ = 38.45, SD = 6.03		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	185	93.4
ปริญญาโท	13	6.6
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย		
1 – 5 ปี	69	34.8
6 – 10 ปี	73	36.9
มากกว่า 10 ปี	56	28.3
Max = 25, Min = 2, $\bar{x}$ = 10.57, SD = 6.42		
การเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ		
ด้อย	151	76.3
เคย	47	23.7
ไม่เคย		
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อด้อย		
เคย	122	61.6
ไม่เคย	76	38.4
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อด้อยใน 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	100	50.5
ไม่เคย	98	49.5

ผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังการใช้
แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการ
แพร่กระจายเชื้อด้อยในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า
คะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
ด้อยในโรงพยาบาลลำพูน แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -20.072$, $P < 0.001$) เมื่อ
พิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=9.45$) และหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=12.25$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

คะแนนความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	N	Mean	SD	t	Sig. (2-tailed)
ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติฯ	198	9.45	1.65	-20.07	.000*
หลังใช้แนวทางปฏิบัติฯ	198	12.25	1.78		

หมายเหตุ: * $P < 0.001$

ด้านการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้ง 8 กิจกรรม ได้แก่ การแยกผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การจัดการสิ่งแวดล้อม การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การสื่อสาร และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ พบว่าในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80 ให้ความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้ง 8 กิจกรรม เมื่อพิจารณาแต่ละกิจกรรมพบว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญ

ในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 89.9 มากที่สุดเป็นลำดับแรก รองลงมาคือด้านการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 88.9 ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ร้อยละ 88.4 ด้านการสื่อสาร ร้อยละ 88.4 ด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 87.9 ด้านการแยกผู้ป่วย ร้อยละ 87.9 ด้านการจัดการผ้าเปื้อน ร้อยละ 86.9 ด้านการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 82.8 ตามลำดับ ดังตาราง 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 การปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

กิจกรรมการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	ระดับการปฏิบัติ (N=198)		
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
การแยกผู้ป่วย	174 (87.9)	24 (12.1)	-
การจัดการผ้าเปื้อน	172 (86.9)	26 (13.1)	-
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	175 (88.4)	23 (11.6)	-
การทำความสะอาดมือ	176 (88.9)	22 (11.1)	-
การจัดการสิ่งแวดล้อม	178 (89.9)	20 (10.1)	-
การสวมอุปกรณ์ป้องกัน	174 (87.9)	24 (12.1)	-
การสื่อสาร	175 (88.4)	23 (11.6)	-
การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ	164 (82.8)	34 (17.2)	-

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูนในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่าพยาบาลวิชาชีพ ที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูนมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ต่อแนวทางปฏิบัติฯ ที่สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=4.54$) รองลงมาคือ เนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย ($\bar{x}=4.40$) สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ ($\bar{x}=4.33$) ช่วยให้หน่วยงานใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31) ระยะเวลาในการส่งเสริมการปฏิบัติเหมาะสม ($\bar{x}=4.27$) และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ ได้ ($\bar{x}=4.22$) นอกจากนี้ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อแนวทาง

ปฏิบัติ ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ($\bar{x}=4.19$)
 ช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการควบคุม
 การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ($\bar{x}=4.14$) ทำให้อุบัติการณ์

การติดเชื้อดื้อยาลดลง ($\bar{x}=4.08$) และทำให้การ
 ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ($\bar{x}=4.05$) ตามลำดับ
 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ความพึงพอใจของของที่พยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติ	ค่า		ระดับ ความ พึงพอใจ
	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบน มาตรฐาน	
1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.40	0.52	มากที่สุด
2. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.19	0.64	มาก
3. สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้	4.33	0.66	มากที่สุด
4. ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ	4.05	0.68	มาก
5. สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น	4.54	0.52	มากที่สุด
6. ช่วยให้บุคลากรมีส่วนร่วมเสนอแนวทางการควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา	4.14	0.53	มาก
7. ช่วยให้หน่วยงานใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า	4.31	0.60	มากที่สุด
8. ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาลดลง	4.08	0.55	มาก
9. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อ อื่นๆ ได้	4.22	0.62	มากที่สุด
10. ระยะเวลาในการส่งเสริมการปฏิบัติเหมาะสม	4.27	0.59	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.24	0.36	มากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ
 ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาใน
 โรงพยาบาลลำพูน ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้
 ด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา พัฒนา
 ทักษะด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
 อันจะช่วยป้องกัน ควบคุม และลดความเสี่ยงจาก
 การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน
 รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมี
 สุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ
 ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล
 ลำพูน ที่ประยุกต์ใช้ PRECEDE – PROCEED Model
 ของ Green and Kreuter (2005)⁽⁸⁾ เป็นกระบวนการ
 วิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพและ
 การบริการสาธารณสุข มีแนวคิดว่าพฤติกรรมบุคคล
 มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นจะต้องมีการ
 วิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ

เพื่อนำมา เป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนด กลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพและการบริการ สาธารณสุข เพื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ ส่งเสริมให้บุคคลมีความปลอดภัยและสุขภาพที่ดี ต่อไป ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและทีมพัฒนานำมา วางแผนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุม การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสำรวจ สภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ ระยะที่ 4 การประเมินผลแนวปฏิบัติทางการ พยาบาล ซึ่งจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามาใช้ใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำพูน พบว่า หลังการใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอยู่ใน ระดับมาก สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวน ปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน ซึ่งใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาล ผลการนำมาใช้พบว่าบุคลากรสุขภาพมี ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽⁹⁾

ด้านการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยา พบว่าในภาพรวมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 80 ให้ ความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้ง 8 กิจกรรม โดย พยาบาล

วิชาชีพให้ความสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งด้าน การจัดการผ้าเปื้อน ด้านการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ ด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกัน ด้านการ แยกผู้ป่วย ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และด้านการ สื่อสาร ด้านการทำความสะอาดมือ และด้านการ จัดการสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดี ซึ่งกล่าวได้ว่า กิจกรรมการปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ดื้อยาที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ไว้คือ เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ (Formative supervision) การสนับสนุนด้านจิตใจ และสิ่งจำเป็นต่างๆ (Restorative supervision) และ การปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน (Normative supervision) สอดคล้องกับการพัฒนา รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในแผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า รูปแบบการ นิเทศทางคลินิกเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อ ยา ที่พัฒนาขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีทักษะและ สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัด กิจกรรมการนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา ทักษะการปฏิบัติ การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่าง มีคุณภาพตามมาตรฐาน และการนิเทศเพื่อการ สนับสนุนด้านจิตใจและสิ่งจำเป็นต่างๆ)⁽¹⁰⁾

นอกจากนี้ในด้านความพึงพอใจของ พยาบาลวิชาชีพที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติทางการ พยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลลำพูนพบว่า ในภาพรวมมีความพึง พอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมาก ที่สุด โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ร่วมใช้แนวปฏิบัติ ทางพยาบาลประเมินว่า แนวทางปฏิบัติฯ สามารถช่วยให้บุคลากรตระหนักในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น เนื้อหาของแนว

ปฏิบัติฯ มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้ เป็นต้น สอดคล้องกับการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน ตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาใช้พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสร้างความพึงพอใจให้แก่ บุคลากรสุขภาพในระดับมาก และเห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้บุคลากรเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และยังสมารถนำแนวทางปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมตามบริบท⁽⁹⁾

จากผลการศึกษาข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่พัฒนาขึ้นนั้น สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย และมีสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดหอผู้ป่วยเฉพาะโรคติดเชื้อหรือหอผู้ป่วยผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน เพื่อที่จะได้สามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติโดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และสนับสนุนในการนำไปใช้ในแผนกอื่นๆ พร้อมมีการประเมินผลเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา สามารถประยุกต์ใช้กับทุกแผนก ในโรงพยาบาลลำพูนเพื่อให้มีวิธีปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกันซึ่งจะทำให้การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นทั้งโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลลำพูน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Antimicrobial resistance. Fact sheet updated January 2020. [online]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>.
2. ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รุ่งไพบูลย์, ภูษิต ประครองสาย, และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ 6; ฉบับที่ 3 (2556): 352-360.

3. พรรณรวิ โพธิ์เทียนทอง. Antimicrobial Resistance A Global Concern. วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม, ปีที่ 23; ฉบับที่ 3 (2560): 9-12.
4. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การดำเนินงานชุดโครงการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการการดื้อยาต้านจุลชีพขององค์การอนามัยโลก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
5. โรงพยาบาลลำพูน. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลลำพูน 2561-2564. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2564.
6. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. แนวทางการควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
7. นิภา ภู่ปะวะโรทัย. Suandok Supervision Model ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cu.th/hospital/nis/Downloads/?p=771>.
8. Green, L.W. and Kreuter, M.W. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
9. ธิดา กัมพู พงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ตันสุวัฒน์ และธัญญา น้อยเปียง. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, ปีที่ 9; ฉบับที่ 2 (2556): 76-98.
10. สมสมัย บุญส่อง. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.

การวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคเหนือ

Situation Analysis of the implementation of Repeated Adolescent Pregnancy Prevention in a northern Community Hospital, Thailand

คณิตา กาวงค์

Khanitar Karwong

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Faculty of Public Health Chiangmai University

¹Corresponding author, E-mail: k_khanitar@hotmail.com

(Revised: March 1, 2023; Revised: March 07, 2023; Accepted: March 16, 2023)

บทคัดย่อ

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เป็นนโยบายสำคัญในการลดผลกระทบทางลบ ต่อสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและบุตร การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ณ โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาปีเดียโน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ 3) ด้านผลลัพธ์ ข้อมูลในการวิจัยนี้จะเก็บด้วยวิธีเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ข้อมูลองค์ประกอบด้านโครงสร้างและด้านกระบวนการจะเก็บด้วยวิธีเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้บริหาร จำนวน 4 คน และผู้ให้บริการสาธารณสุข จำนวน 6 คน ข้อมูลองค์ประกอบด้านผลลัพธ์เก็บด้วยวิธีเชิงปริมาณ โดยการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับของกลุ่มหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มารับบริการจำนวน 10 คน แบบประเมินความพึงพอใจได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลเชียงดาวได้มีการดำเนินงานตามนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านโครงสร้างพบว่า มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะ แต่ไม่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามนโยบายอย่างเป็นทางการ ไม่มีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะ ถึงแม้ว่าจะมีงบประมาณการดำเนินงานในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่เฉพาะเจาะจงก็ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีทรัพยากร ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ อาคารและห้องแยกเฉพาะอย่างเพียงพอต่อความต้องการ 2. ด้านกระบวนการการดำเนินงาน พบว่า 1) มีการให้ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำแก่มารดาวัยรุ่นทุกระยะของการตั้งครรภ์ 2) มีการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมีการรักษาความลับ ให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ 3) มีการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม เพื่อการพัฒนา ระบบการบริการสุขภาพ โดยการใช้สื่อออนไลน์

ในการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ 3. ด้านผลลัพธ์พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์, มารดาวัยรุ่น, การตั้งครรภ์ซ้ำ

ABSTRACT

Repeated adolescent pregnancy prevention is an important policy for reducing adverse health consequences among adolescent mothers and their children. This study aimed to study the situation of repeated adolescent pregnancy policy implemented in Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province using Donabedian's approach assessing three components: structure, process and outcomes. The data were collected by using qualitative and quantitative methods. Structure and process components were collected by qualitative methods through interviewing 4 executive officers and 6 health care service providers. Satisfaction outcomes were quantitatively collected through a questionnaire administered to 10 adolescent pregnant women receiving service at Chiang Dao Hospital. Satisfactory questionnaire was validated for content validity and reliability prior to administration. Qualitative data were analyzed using content analysis and quantitative data were analyzed by descriptive statistical analysis.

The results of the study revealed that the hospital adopted and followed the repeated adolescent pregnancy prevention according to Ministry of Public Health's policy. A service team structure was formed as the group of committees which consisted of inner and outer multi-disciplinary staff. Specific outcome indicators were identified, however there were no formal respondents for evaluation and monitoring system. There was no specific action plan for repeated adolescent pregnancy prevention program although the budget for this program was supported by the National Health Security Office (NHSO) and even medical facilities, equipment and infrastructure were sufficient. Service process of the hospital included 1) repeated adolescent pregnancy prevention education program for adolescent mothers at any stage of pregnancy, 2) one-stop teenage -friendly service with privacy protection and 3) using technology and innovation for developing online interventions and social media. The satisfactory outcome showed that service receivers had a satisfactory score at a high level.

The findings of this study provide the information which is beneficial for improving the strategies of repeated adolescent pregnancy prevention, especially a suitable service for the teenage group which enhances the effectiveness of repeated adolescent pregnancy prevention in the hospital.

Key word: Situation analysis, teenage pregnancy, repeated adolescent pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดความรู้ในการวางแผนครอบครัว (การคุมกำเนิด) เป็นเหตุนำมาสู่ การตั้งครรภ์และการทำแท้ง ปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรุนแรงมากขึ้นหากการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำ หรือเรียกว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (Repeat Adolescent Pregnancy) ซึ่งหมายถึงการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ในมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี⁽¹⁾ รวบรวมร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำตามเกณฑ์ของธนาคารโลก⁽²⁾

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่า การคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 จากร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 12.8 ใน พ.ศ. 2557 และเริ่มลดลงใน พ.ศ. 2558-2563 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 8.1⁽³⁾ และข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำที่รวมการเก็บข้อมูลจากการคลอดและการแท้งจากโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในรอบ 6 เดือนแรกของปี 2559 เท่ากับร้อยละ 11.64 หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – มิถุนายน 2559 คิดเป็นร้อยละ 62.62⁽⁴⁾

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 22.58, 22.25, 20.59 และ 12.67 ต่อพันประชากรของหญิง

อายุ 15-19 ปีตามลำดับ โดยมีเกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 38 ต่อพันประชากรของหญิงอายุ 15-19 ปี ส่วนร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ปี 2558 - 2561 เท่ากับ 14.01, 14.91, 18.28 และ 17.24 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14) ด้านอัตราการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งในปี 2560-2561 พบร้อยละ 21.09 และ 22.27 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) ซึ่งอัตราการคุมกำเนิดกึ่งถาวรของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งพบร้อยละ 14.83 และ 25.16 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 80⁽⁵⁾ เช่นกัน แม้ว่าอัตราการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย และมีแนวโน้มลดลง แต่การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่า สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับอัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นที่พบอัตราค่อนข้างต่ำ

การตั้งครรภ์ซ้ำส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ซ้ำที่เกิดขึ้นเร็วภายในระยะเวลา 2 ปี (Rapid repeat pregnancy: RRP) เช่น ทารกในครรภ์ตัวเล็กและมีน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พิการแต่กำเนิด มีความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดเป็น 3 เท่าของการคลอดก่อนกำหนดและการตายของทารกแรกเกิดในกลุ่มมารดาทั่วไป⁽⁶⁾ มารดามีภาวะซีดความดันโลหิตสูง⁽²⁾ พอเข้าสู่ระยะหลังคลอดมักประสบกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจาก ยังไม่พร้อมสำหรับการเป็นแม่ที่ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ทันที⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมได้แก่ การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น การขาดแรงจูงใจในการศึกษาต่อ⁽⁸⁾ ส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพและความเป็นอยู่ในอนาคต

นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของแม่วัยรุ่นบางราย ไม่เอาใจใส่ดูแล ไม่กระตุ้นพัฒนาการทารกตามวัย อาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารก⁽⁹⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยภายในตัววัยรุ่นเอง คือ เชื้อชาติ ศาสนา ขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดอำนาจต่อรองผู้ชายในการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนสาเหตุจากปัจจัยภายนอก คือ สิ่งแวดล้อมในครอบครัว กลุ่มเพื่อน การไม่ได้รับการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม การเข้าถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบัน เสริมให้มีการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยของการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยจำแนกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยด้านประวัติการคุมกำเนิด, ด้านสถานภาพสมรส, ด้านบุคคลใกล้ชิดเป็นแม่วัยรุ่น และด้านแหล่งสนับสนุนทางการเงิน⁽¹⁰⁾ ปัจจัยของการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ การคุมกำเนิด การมีเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันหรือบุคคลใกล้ชิดตั้งครรภ์ในวัยรุ่น⁽¹¹⁾

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความซับซ้อนและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรมมีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งอย่าง

ทั่วถึง โดยตั้งเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ การตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุ 15-19 ไม่เกินร้อยละ 10 จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า สามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชากรครอบคลุมสิทธิ มีการใช้การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น แต่ยังพบปัญหาในการดำเนินงานได้แก่ สถานบริการบางแห่งไม่มีวิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลาย ประชาชนบางส่วนไม่ทราบสิทธิที่พึงได้ การรับรู้ข่าวสารในวัยรุ่นไม่ทั่วถึง และผู้บริหารสถานบริการบางแห่งยังไม่เห็นความสำคัญในการจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิด⁽¹²⁾ จากการทำเนิงานดังกล่าวส่งผลให้การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลงเหลือ ร้อยละ 12.2, 11.9 ในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ตามลำดับ ซึ่งก่อน การดำเนินงานอัตรา การตั้งครรภ์ซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 – 2557

อำเภอเชียงดาว มีโรงพยาบาลระดับอำเภอ ขนาด 60 เตียง ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เปิดให้บริการด้านสูติ-นรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรม ได้พัฒนาระบบบริการโดยเริ่มให้บริการด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา จากการเก็บข้อมูลรายงานงานอนามัยแม่และเด็กในปี 2562 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลเชียงดาว สัญชาติไทย ร้อยละ 44.6 กลุ่มชาติพันธุ์ ร้อยละ 31.5 และชาวต่างด้าว ร้อยละ 23.9 ในช่วงปี 2558-2562 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซ้ำในวัยรุ่น ร้อยละ 11.97, 15.48, 24.24, 19.42, 25.53 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดติดอันดับหนึ่งในห้าของจังหวัดเชียงใหม่

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในโรงพยาบาล เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กรอบการ ประเมินผลการดำเนินงานของโดนาปีเดีย⁽¹³⁾ วิเคราะห์ในด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อช่วยให้ทราบสถานะปัจจุบันของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนำไปสู่การ ตัดสินใจวางแผนดำเนินงาน ตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมาย คือ ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพ ยั่งยืน ลดปัญหาการตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวง สาธารณสุข เพื่อนำ ไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ด้านสาธารณสุข เป้าหมายที่ 3 คือการยกระดับคุณภาพชีวิตพื้นฐาน ของประชากรสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มี สุขภาพดี กลุ่มวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงบริการสุขภาพทาง เพศและอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิการเจริญพันธุ์ โดยถ้วนหน้าภายใน ปี พ.ศ. 2573⁽¹⁴⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาล เชียงดาว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาด้านโครงสร้างการดำเนินงาน ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเชียงดาว
- 2) เพื่อศึกษาด้านกระบวนการการดำเนินงาน ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเชียงดาว

- 3) เพื่อศึกษาด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเชียงดาว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้เครื่องมือคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่มารับ บริการในโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร

- 1) กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ของโรงพยาบาลเชียงดาว จำนวน 35 คน
- 2) กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปที่มารับบริการใน โรงพยาบาลเชียงดาว จำนวน 25 คน (เมษายน 2564 – มีนาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

- 1) กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ
 - 1.1) กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 4 คน โดยกำหนด คุณสมบัติมีประสบการณ์เป็น ผู้บริหารของ โรงพยาบาลเชียงดาว อย่างน้อย 1 ปี และ ยินดีให้ ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา
 - 1.2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 6 คนโดย กำหนดคุณสมบัติมีประสบการณ์ปฏิบัติงานให้บริการ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นของโรงพยาบาล เชียงดาว อย่างน้อย 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษา
- 2) กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการ ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2565 ใช้วิธีการ คัดเลือก ตามสะดวกหรือสมัครใจ (Convenient or

Volunteer Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ครอบคลุมในด้านโครงสร้างและกระบวนการในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ใช้ในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพประกอบด้วยผู้บริหารและผู้ให้บริการ

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ใช้ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผ่านการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคล กลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ และกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพนำข้อมูลที่ได้มาจัดประเด็น จัดหมวดหมู่เนื้อหา

3) ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งตามกลุ่มที่ศึกษา ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหาร ทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 4 คน มีอายุระหว่าง 46-58 ปี อายุเฉลี่ย 40.5 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 75 ทุกคนมีตำแหน่งการบริหารงานอื่นๆ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตามนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมากกว่า 1 ปี ทุกคน

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 30 -56 ปี อายุเฉลี่ย 40.5 ปี วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 66.7 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 83.3 เฉลี่ยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตำแหน่งปัจจุบันคือ 11.7 ปี ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในด้านการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษา รวมถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยง วางแผนการแก้ไขปัญหาให้การรักษา และให้การพยาบาล

3. กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป จำนวน 10 คน มีอายุ อยู่ในช่วง 17-19 ปี อายุเฉลี่ย 17.9 ปี (SD = 0.73) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งหมดมีสถานภาพ สมรสคู่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นแม่บ้าน) คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายอาศัยอยู่กับบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 60 สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประวัติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เคยมีบุตรแล้วจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 80

อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ที่ 1 มีอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 14 ปี คิดเป็น ร้อยละ 10 เคยมีประวัติการแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 20 มีการวางแผนมีบุตรก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 70 และหลังจากคลอดบุตรครั้งนี้มีการวางแผนคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 90 ประวัติของบิดาของบุตรคนนี้ มีอายุอยู่ระหว่าง 18-50 ปี อายุเฉลี่ย 26.6 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40

ข้อมูลการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นโรงพยาบาลเชียงดาว

1. โครงสร้างของระบบการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

1) ลักษณะขององค์กร

1.1) นโยบาย มีการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกับปัญหาระดับประเทศ เพราะเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่โดยเริ่มจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นช่องทางให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ให้ความรู้คำแนะนำ คำปรึกษา และบริการดูแลทางการแพทย์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกเชื่อมโยงกับสถานศึกษา ชุมชน และสถานที่ที่เป็นแหล่งชุมนุมวัยรุ่น รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขอื่นในพื้นที่ เพื่อรองรับการรับและส่งต่อวัยรุ่นและเยาวชนให้ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที โดยทีมบริหารได้มอบหมายให้งานควบคุมโรคและป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นผู้ดำเนินงานในช่วงแรก เนื่องจากงานบริการกลุ่มวัยรุ่นในโรงพยาบาลยังไม่มีกำหนดกรอบโครงสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจน เป็นงานที่ต้องบูรณาการร่วมกับหลายงาน

1.2) แผนการปฏิบัติงาน มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานให้

สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำแผนระยะสั้นเพื่อแก้ปัญหาของแต่ละหน่วยงาน ยังไม่มีแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะ

1.3) การบริหารจัดการองค์กร มอบหมายให้งานควบคุมโรคโดยงานสุขภาพจิตเป็นผู้ดูแลสุขภาพวัยรุ่นเชิงรุกในการให้ความรู้คำปรึกษาในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียนและชุมชน และให้บริการเชิงรับโดยจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล เปิดบริการให้คำปรึกษา มีการติดตามผลและส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชนให้บริการฝากครรภ์ ประเมินความเสี่ยงให้คำปรึกษาและทางเลือกในการคุมกำเนิดที่เหมาะสม กลุ่มการพยาบาลโดยงานห้องคลอดและงานหลังคลอด มีบทบาทในการให้คำแนะนำในเรื่องการวางแผนการคุมกำเนิดหลังคลอด การนัดตรวจหลังคลอด การคุมกำเนิดกึ่งถาวรก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

1.4) งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอนอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากภายนอกหน่วยงาน เช่น กลุ่มภาคเอกชนต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นงบประมาณสนับสนุนภาพรวมในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับกลุ่มวัยรุ่นไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ สำนักงานหลักประกันสุขภาพสนับสนุนเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายค่าบริการการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรในกลุ่มวัยรุ่นทุกสิทธิสุขภาพ

2) ทรัพยากรเครื่องมือหรือวิธีการสนับสนุน

2.1) สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินงานเชิงรับเปิดให้บริการกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำที่มารับบริการฝากครรภ์ และการวางแผนครอบครัว

หลังคลอดจุดเดียวกับมารดาที่ตั้งครรภ์ทั่วไป โดยมี
อาคารแยกเฉพาะ ที่ตั้งของอาคารมีป้ายชื่อสามารถ
มองเห็นได้ชัดเจน มีห้องแยกในการให้คำปรึกษาและ
ให้ความรู้ หากพบว่ามีปัญหาส่งต่อไปคลินิกวัยรุ่นเพื่อ
พบกับพยาบาลจิตเวช ที่กลุ่มงานสุขภาพจิต ซึ่งมี
อาคารอยู่ใกล้เคียงกัน มีห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน

2.2) การสนับสนุนทรัพยากร/งบประมาณ
มีการวางแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ การคุมกำเนิด
หลากหลายชนิดอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะเวชภัณฑ์
การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรชนิดยาฝังคุมกำเนิด เพื่อ
ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ โดยหน่วยบริการที่มีการจัดบริการ
คุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ ฝังยาคุมกำเนิด)
ให้แก่หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี สามารถเบิกค่าใช้จ่าย
ในการให้บริการได้ในอัตรา 2,500 บาท ต่อราย/
ปีงบประมาณ ผ่านระบบ E-Claim ของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้มีจำนวนวัยรุ่น
อายุน้อยกว่า 20 ปี เข้าถึงบริการคุมกำเนิดแบบ
กึ่งถาวรได้เพิ่มขึ้น

3) บุคคล ได้แก่ จำนวน ประเภท การพัฒนา
บุคลากร

3.1) ทีมบุคลากร ดำเนินงานในรูปแบบ
คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก มีคณะกรรมการ
จำนวน 15 คน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็น
ประธานกรรมการ คณะกรรมการประกอบด้วยทีม
สหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ร่วม
ทำงานเชิงรุก โดยมีผู้บริหารที่เป็นที่ปรึกษา

3.2) การพัฒนาบุคลากร มีการวางแผน
จัดสรรอัตรากำลังและอนุมัติให้ประชุม/อบรมในงาน
ที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการดำเนินงานการป้องกันการตั้ง ครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

มีการบริหารจัดการโดยจัดแบ่งหน้าที่
รับผิดชอบในการปฏิบัติงาน 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มงานเวช
ปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ให้บริการฝากครรภ์และ
งานวางแผนครอบครัว, กลุ่มการพยาบาล ให้การดูแล
ในระยะคลอดและหลังคลอด, งานสุขภาพจิตเปิด
บริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น เน้นงานเชิงรุกร่วมกับ
เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมี
การจัดการดำเนินงานครอบคลุม ในประเด็น
ดังต่อไปนี้

1) การให้ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
ในระยะฝากครรภ์ สูติแพทย์และผู้รับผิดชอบงานฝาก
ครรภ์เป็นผู้ให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่วัยรุ่นและ
ผู้ปกครอง เรื่องผลกระทบ ความเสี่ยง การวางแผน
ครอบครัว ข้อดี ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อน
การจัดการความรู้เชิงรุกในโรงเรียนและชุมชนอยู่ใน
ความรับผิดชอบของงานสุขภาพจิตและเจ้าหน้าที่
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทีมไปให้ความรู้แก่
แกนนำเด็กนักเรียนวัยรุ่นในโรงเรียนและชุมชน
ในช่วงปี 2563-2564 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยบริการและหน่วยงาน
วิชาการต่างๆ มีภาระเร่งด่วนและจำเป็นในการ
ป้องกันและควบคุมสถานการณ์ โรงเรียนมีการเรียน
แบบออนไลน์ ส่งผลให้การทำงานให้ความรู้กลุ่ม
วัยรุ่นนอกสถานที่ลดลง ทั้งนี้กรมอนามัยได้จัดแพลตฟอร์ม
สำหรับวัยรุ่น ผ่าน Line Official Teen Club โดยมี
วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่เด็กและเยาวชน

2) การจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น จัดตั้ง
ศูนย์บริการที่เป็นมิตร (Teen Chiang Mai) ตั้งแต่ปี
2557 ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตร
การเจริญพันธุ์แห่งชาติเพื่อป้องกันและลดปัญหา

สุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชน ส่งเสริมให้วัยรุ่น และเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพที่เรียกว่า Youth Friendly Health Services ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยป้องกันและแก้ไขปัญาสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น รับผิดชอบโดยงานสุขภาพจิตมีห้องให้คำปรึกษาแยกเป็นสัดส่วนเอื้อต่อการบริการที่เป็นมิตร มีพื้นที่ปลอดภัยให้วัยรุ่นมาทำกิจกรรมร่วมกันได้ มีการจัดบริการที่ครอบคลุมความต้องการ เรื่องการให้คำปรึกษา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรรค์ซ้ำการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาอื่นๆ สามารถเข้ามาใช้บริการได้ในวันและเวลาราชการ นอกจากนี้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มวัยรุ่นโดยเปิดคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในอำเภอเชียงดาว จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นเข้ามารับบริการค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เข้ารับบริการแบบนิรนาม โดยขอรับการปรึกษาผ่านช่องทางอื่น เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก กลุ่มเพื่อนจิตอาสา กลุ่มเยาวชนเชียงดาว กรณีที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ภาวะผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์, การให้บริการรองรับการตั้งครรรค์ที่ไม่พึงประสงค์ โรงพยาบาลจะดำเนินการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) การพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ มีการจัดระบบบริการแบบครบวงจร มุ่งให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการนำระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารรวมถึงการใช้อินเทอร์เน็ต หรือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆเพื่อการเผยแพร่ข่าวสาร การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านสายด่วนต่างๆ ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลาย

3. ผลลัพธ์ในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการของแผนกฝากครรภ์ให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการโรงพยาบาลในด้านต่างๆ จากจำนวนผู้ตอบ 10 คน พบว่าด้านคุณภาพบริการ เจ้าหน้าที่ เอาใจใส่ ให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำ เป็นกันเอง บริการด้วยความสุภาพ ด้านการตอบสนองบริการเห็นวาระเวลารอคอยพบแพทย์ใช้เวลานาน และเนื่องจากมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ช่วงเวลาที่ได้พบแพทย์เป็นช่วงระยะเวลาเพียงสั้นๆ ส่งผลให้มีโอกาสได้รับความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำค่อนข้างน้อย

การประเมินผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ ระดับความพึงพอใจด้านการให้ความรู้ การป้องกันการตั้งครรรค์ พบว่ามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23, SD = 0.85$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว รองลงมาคือ ผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจสังคม และเศรษฐกิจของการตั้งครรรค์ขณะที่ร่างกายยังเติบโตไม่เต็มที่ ระดับความพึงพอใจด้านการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.50$) เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด คือ ได้รับบริการปรึกษาในเรื่องต่างๆ รองลงมาคือ ให้บริการมีความเป็นส่วนตัว มีการรักษาความลับ ระดับความพึงพอใจด้านการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ พบว่าผู้รับบริการ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.00, SD = 0.46$) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน เมื่อวิเคราะห์ เป็นรายด้านพบว่า มีความพึงพอใจ 1)ด้านระบบบริการในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.60$) โดยค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ได้รับการต้อนรับที่ดีจากเจ้าหน้าที่ 2) ด้านสถานที่

ให้บริการในระดับมาก ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.50$) โดยค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการจัดจุดให้บริการได้อย่างเหมาะสม และ 3) ด้านผู้ให้บริการในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.66$) โดยด้านผู้ให้บริการนี้มีค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 3 ข้อ คือ สามารถสื่อสารได้ดี มีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้เข้าถึงง่ายและเต็มใจให้บริการ

สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์ด้านโครงสร้าง จากการศึกษาพบว่า

1) ลักษณะองค์กร มีนโยบายและกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะ ดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้ แต่ไม่มีการกำหนดแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะ มีการจัดโครงสร้างองค์กรมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานที่เฉพาะเจาะจง

2) ทรัพยากรเครื่องมือหรือกรรมวิธีการสนับสนุน มีอาคารและห้องแยกเฉพาะเป็นสัดส่วน มีอุปกรณ์ สื่อความรู้ เครื่องมือทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอต่อความต้องการ

3) บุคคล มีจำนวนบุคลากรน้อย ไม่เพียงพอับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย แต่มีการแก้ปัญหาโดยการจ้างกำลังคนเพิ่มในวันที่มีภาระงานมาก มีการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีแผนการพัฒนาการจัดการความรู้ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ด้านกระบวนการ จากการศึกษาพบว่า

รูปแบบหรือกิจกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1) มีการให้ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำแก่มารดาวัยรุ่นทุกระยะของการตั้งครรภ์

2) มีการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นมีการรักษาความลับ ให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ

3) มีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพโดยการใช้สื่อออนไลน์ในการให้ความรู้/การประชาสัมพันธ์ **สถานการณ์ด้านผลลัพธ์** จากการศึกษาพบว่า

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพที่ได้รับจากโรงพยาบาลเชียงดาวภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า

1) ด้านการให้ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับปานกลาง

2) ด้านการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมาก

3) ด้านการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ด้านโครงสร้าง

1) ลักษณะองค์กร ประกอบด้วย

1.1) นโยบาย ผลการศึกษาพบว่านโยบายสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) และมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดโดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนให้กลุ่มวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 10 - 20 ปี สามารถขอรับบริการคุมกำเนิดโดยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยได้ฟรี ณ สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกแห่งทั่วประเทศ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยมีเป้าหมายเพื่อการป้องกันได้แก่ การส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่สอดคล้องกับความ

ต้องการและการแก้ไข ได้แก่ แนวทางในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การระบุ ถึงสิทธิอันพึงมีพึงได้ของวัยรุ่นและการคุ้มครองสิทธิไม่ให้มีการละเมิด โรงพยาบาลเชียงดาวมีการนำนโยบายการดำเนินงาน การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นสู่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีช่องทางในการสื่อสารนโยบายจากผู้บริหารถึงผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบคณะกรรมการ นโยบายนี้ตรงกับปัญหาของพื้นที่ทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร อภิปรายได้ว่าการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของโรงพยาบาลเชียงดาวมีเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถวัดได้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสอดคล้องกับนโยบายของชาติ และแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุจิรา ตันทพงศ์และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่านโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ในด้านการคงอยู่กับองค์กรด้านความรู้สึก ด้านบรรทัดฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีปัจจัยมาจากองค์กรมีการกำหนดแผนงานและเป้าหมายในการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจนและนอกจากนั้นนโยบายขององค์กรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเชียงดาวจะมีนโยบายการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น แต่พบว่าข้อมูลการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังค่อนข้างสูง อภิปรายได้ว่าเนื่องจากผู้บริหารไม่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการประเมินและติดตามประเมินผล การปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ไม่มีการประชุมชี้แจง อาจทำให้ผู้ปฏิบัติบางส่วนไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางวิธีปฏิบัติและการสนับสนุนจากผู้บริหารเท่าที่ควร หรือการกำหนดนโยบายที่ไม่มีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของทองสุก กองแก้ว และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าแนวทางการพัฒนาในการนำนโยบายลง

สู่การปฏิบัติควรมีการประชุมชี้แจงนโยบายให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องแก่ผู้รับบริการวางระบบติดตามประเมินผลร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ วิเคราะห์คุณภาพการทำงานเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงเพื่อให้ผู้รับบริการความพึงพอใจ

1.2) แผนการปฏิบัติงาน คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์เพื่อให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับเป้าหมาย การทำงานประจำปีของหน่วยงานถึงแม้ว่าไม่มีการกำหนดแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะ แต่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วมโดยงานฝากครรภ์ได้มีการวางแผนในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้มีการเกิดอย่างมีคุณภาพ จัดทำโครงการพัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กแบบองค์รวม คปสอ. เชียงดาว เป็นการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ในเรื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง แนวทางการส่งต่อ การบันทึกข้อมูล การประชุมปรึกษารายกรณี (Case Conference) ซึ่งสอดคล้องกับโครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการระดับประเทศ ในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กลุ่มงานสุขภาพจิตไม่มีการวางแผน

ดำเนินงานเชิงรุกในโรงเรียนเนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการปิดโรงเรียนและให้นักเรียนเรียนผ่านระบบออนไลน์ ส่งผลให้การออกให้ความรู้กลุ่มวัยรุ่นนอกสถานที่ลดลง จึงเปลี่ยนวิธีเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้แก่เด็กและเยาวชนช่องทางอื่นแทน อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลเชียงดาว มีการจัดทำแผนระยะสั้นเป็นการวางแผนจากบนลงล่าง (Top-down planning) ตามกรอบที่ผู้บริหารกำหนด เน้นที่นโยบายเป็นหลัก ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมน้อยอาจก่อให้เกิดผลเสียในความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติระดับล่าง การวางแผนที่ดีควรเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงสุดแล้วส่งแผนต่อมาระดับล่างและอนุญาตให้ระดับล่างแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนในส่วนที่สำคัญได้ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับ เมื่อนำแผนไปใช้จะได้รับความร่วมมือและสนับสนุนแผน⁽¹⁷⁾

1.3) การบริหารจัดการองค์กร มีการจัดโครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ซ้ำในการดูแลสุขภาพกลุ่มแม่วัยรุ่นในรูปแบบคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Mother and child health board) ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาจากจุดปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการอย่างมีคุณภาพทั้งในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการวางแผนครอบครัว มีการจัดทำแผนผังการบังคับบัญชา กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลตามโครงสร้างอย่างชัดเจน มีการมอบหมายงานให้แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบตามความเหมาะสมของงานและผู้ปฏิบัติดังนี้ การดูแลระยะตั้งครรภ์ดำเนินงานโดยงานเวชปฏิบัติและชุมชน เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ งานฝากครรภ์ ให้บริการฝากครรภ์ ให้ความรู้และคำปรึกษา งาน

วางแผนครอบครัวให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด ด้านการป้องกันและแก้ไขดำเนินงานโดยงานจิตเวช บริการให้คำปรึกษาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ การสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยในดำเนินงานโดยห้องคลอดและหลังคลอด ให้บริการดูแลในระยะคลอด โดยทุกหน่วยงานมีจำนวนบุคลากรและคุณลักษณะตามวิชาชีพประกอบไปด้วย สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล อภิปรายได้ว่าบุคลากรมีคุณสมบัติเหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบในแต่ละสายงานมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาล บุคลากรสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้นอกเหนือจากงานที่รับผิดชอบ แต่ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย เนื่องจากไม่ได้รับการมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา สอดคล้องกับกับการศึกษาของธราปณี เสนทอง⁽¹⁸⁾ พบว่าการบริหารจัดการโรงพยาบาล ให้มีความก้าวหน้า มีการดำเนินงานหลายประการที่ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลจะต้องกำกับติดตามและคำนึงถึงให้เฉพาะเจาะจง แม้ว่าโรงพยาบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมร่วมเพื่อเป็นแนวทางการบริหารจัดการและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทุกภาคส่วน ในโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

1.4) งบประมาณมีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นโดยการสนับสนุน อุปกรณ์สำนักงาน อุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์คุมกำเนิด นอกจากนี้ยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานเชิงรุกในโรงเรียนและชุมชน อภิปรายได้ว่า การดำเนินงานตามนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์

ซ้ำในมารดาวัยรุ่นของโรงพยาบาลเชียงดาวได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดกาญจนบุรี ของอิทธิพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์ และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ได้แก่ การรับนโยบาย การมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ นอกจากนี้การสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมกับสถานบริการเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานบรรลุความสำเร็จ

2) ทรัพยากรเครื่องมือหรือกรรมวิธีการสนับสนุน

2.1) การสนับสนุนด้านสถานที่ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เดิมให้บริการรวมหลายงาน สถานที่คับแคบไม่สะดวกในการให้บริการ และไม่เป็นส่วนตัว จึงได้มีการปรับปรุงอาคารหอผู้ป่วยหลังเดิมให้เป็นศูนย์อนามัยแม่และเด็กแยกออกมาเฉพาะเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ มีห้องตรวจแยกเป็นสัดส่วน เปิดให้บริการฝากครรภ์ทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปและกลุ่มมารดาวัยรุ่น มีห้องให้คำปรึกษา มีห้องแยกสำหรับทำหัตถการฝังยาคุมกำเนิด ส่วนคลินิกวัยรุ่นเปิดให้บริการที่หน่วยงานควบคุมโรคดำเนินงาน โดยกลุ่มงานสุขภาพจิต มีห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลมีสถานที่ให้บริการแยกเฉพาะในการให้ความรู้คำปรึกษาแก่กลุ่มมารดาวัยรุ่นเพิ่มความเป็นส่วนตัวให้กับผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศักดา สติระเรืองชัย⁽²⁰⁾ พบว่าตามหลักความลับของผู้ป่วย (Confidentiality) แพทย์ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยต่อสาธารณชน ต้องรักษาความลับผู้ป่วยทั้งในทางตรงและทางอ้อม มีป้ายระบุงานและแผนกชัดเจนเพิ่มความอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการในการเข้าไปใช้บริการ

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องข้อเสนอแนะการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกคน ของสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์⁽²¹⁾ ให้ข้อเสนอแนะว่า อุปกรณ์ต่างๆ ควรมีป้ายแสดงขั้นตอนการใช้งานที่เข้าใจง่าย มีสีที่เด่น มองเห็นได้ชัดเจน

2.2) การสนับสนุนด้านทรัพยากรเครื่องมือ

พบว่ามี การสนับสนุนงบประมาณประจำปีในการจัดซื้อเวชภัณฑ์การคุมกำเนิดหลายชนิดทั้งแบบชั่วคราวและแบบกึ่งถาวร มีอุปกรณ์การแพทย์ช่วยในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆ ของมารดาและทารก อภิปรายได้ว่าการได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ ที่เพียงพอ รวมถึงบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเห็นได้จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านระบบบริการผู้ให้บริการ และสถานที่อยู่ในระดับมาก

3) บุคลากร

3.1) จำนวนบุคลากร/ประเภทบุคลากร

พบว่ากลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์รวมมีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว มีจำนวนบุคลากรและคุณลักษณะตามวิชาชีพไม่เพียงพอกับภาระงาน ทำให้การบริการไม่ได้ตามมาตรฐานโดยเฉพาะเรื่องการให้ความรู้/คำปรึกษา มีเวลาให้น้อย เนื่องจากมีปริมาณผู้รับบริการในแต่ละวันจำนวนมาก กลุ่มงานสุขภาพจิตมีจำนวนบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบงานเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช มีหน้าที่รับผิดชอบงานคลินิกวัยรุ่น บริการให้คำปรึกษา และมีภาระงานอีกหลายด้าน ในส่วนงานเชิงรุกมีผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและภาคีเครือข่ายมาช่วย การพิจารณาเพิ่มอัตรากำลังให้เพียงพอและมอบหมายงานตามความเหมาะสม จะช่วยทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้เพิ่มอัตรากำลังโดยจัดให้พยาบาลหอผู้ป่วยในมาช่วยแผนกฝากครรภ์วันละ 1 คน สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา เขตอริยกุล⁽²²⁾ กล่าวว่า การลดหรือเพิ่มบุคลากรให้แผนกต่างๆ เป็นการยากที่จะดำเนินการแต่มีแนวทางหนึ่งที่พอจะดำเนินการได้คือการเพิ่มหรือลดบุคลากรประจำวันตามภาระงานดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องจัดระบบการปฏิบัติงานให้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ชัดเจนพร้อมทั้งสำรวจจำนวนผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวรของแต่ละแผนกเพื่อคำนวณหาจำนวนบุคลากรแต่ละระดับที่ต้องการ ถ้ามีจำนวนไม่เหมาะสมให้จัดการลดหรือเพิ่มบุคลากร โดยการให้ไปช่วยแผนกที่มีภาระงานมากกว่า หรือการจัดเรียกอัตรากำลังมาเสริม

3.2) การพัฒนาบุคลากร/การจัดการความรู้ได้ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการอบรมวิชาการกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก ในด้านการดูแลช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ อภิปรายได้ว่าผู้บริหารของโรงพยาบาลเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ หนูเสน⁽²³⁾ พบว่านโยบายการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มุ่งเน้นให้มีสมรรถนะพึงประสงค์ วิธีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล คือ สำรวจความจำเป็นของการพัฒนา กำหนดโครงการหรือหลักสูตร ดำเนินการพัฒนา และ ประเมินผลการพัฒนาใช้รูปแบบการพัฒนา 3 รูปแบบ คือ การฝึกอบรม การศึกษา และการพัฒนา ถึงแม้ว่าจะมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพมีความชำนาญมีประสบการณ์ ในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กมากกว่า 2 ปี มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ แต่ก็ยังคงมีปัญหา

ในเรื่องอัตรากำลังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการกรณีที่มีการลาพักผ่อน ไปประชุมหรืออบรมหลายวัน

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การสนับสนุนด้านโครงสร้าง โรงพยาบาลเชียงดาวมีนโยบายชัดเจนแต่ขาดการประเมินและติดตามการปฏิบัติตามนโยบายอย่างเป็นทางการ ไม่มีแผนการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น อัตรากำลังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการในกรณีที่มีการลาพักผ่อนไปประชุมหรืออบรมหลายวัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพกระบวนการดำเนินงาน ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์สถิติการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ด้านกระบวนการ

1) กระบวนการด้านการให้ความรู้ อภิปรายตามกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ดังนี้ ระยะเวลาฝากครรภ์ สูติแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเป็นผู้ให้ความรู้และคำปรึกษารายบุคคลพร้อมกับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญญา ดิจะโปะ⁽²⁴⁾ พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมกับครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการคุมกำเนิดภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง แต่พบปัญหาว่าผู้รับบริการที่โรงพยาบาลเชียงดาวส่วนใหญ่เป็นชนเผ่า มีปัญหาด้านการสื่อสารในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีความเชื่อดั้งเดิมไม่นิยมคุมกำเนิด และมีวัฒนธรรมวิถีชีวิตที่นิยมแต่งงานเร็วและต้องการมีบุตร ส่งผลให้การตั้งครรภ์และการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์ต้องให้บริการการหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้มีระยะเวลาในการให้ความรู้และคำปรึกษาน้อย ผู้รับบริการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบ

หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจด้านการให้ความรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาคลอดพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ซ้ำเรื่องการคุมกำเนิดที่เหมาะสม โดยจะเน้นในเรื่องวิธีการคุมกำเนิด อาการข้างเคียง ข้อดีข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี และผลเสียของการไม่คุมกำเนิดให้กับมารดาวัยรุ่นพร้อมกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสนับสนุน สอดคล้องกับผลการศึกษาของเกตุยิธี ศรีวิไล⁽¹⁾ ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นต้องการความรู้เกี่ยวกับยาคุมกำเนิด และต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรู้ข้อมูลและตัดสินใจ เมื่อผู้รับบริการตัดสินใจเลือกการฝังยาคุมกำเนิดจะส่งข้อมูลให้งานวางแผนครอบครัว ระยะเวลาแผนจำหน่ายเมื่องานวางแผนครอบครัวได้รับข้อมูลจากห้องคลอดพยาบาลผู้รับผิดชอบงานวางแผนครอบครัวจะแจ้งให้สูติแพทย์รับทราบเพื่อให้บริการฝังยาคุมกำเนิดก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นการป้องกันผู้ป่วยไม่มาคุมกำเนิดหลังคลอดตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาของของจริญญา ติยะโปะ⁽²⁴⁾ พบว่า พยาบาลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรก่อนจำหน่ายควรให้ความสำคัญและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรสามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) กระบวนการด้านการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีการจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นเปิดให้บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานลีนีวัยรุ่น (YFHS) ในปี 2558 เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ มีบริการให้คำปรึกษารูปแบบต่างๆ แก่วัยรุ่นและผู้ปกครอง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน

รักษา และฟื้นฟู การวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการรักษา โดยมีห้องให้คำปรึกษาแยกเป็นสัดส่วน คำนึงถึงการรักษาความลับของวัยรุ่น ให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ มีบริการยาและอุปกรณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ มีบริการรองรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยการส่งต่อ มีการรักษาโรค ภาวะผิดปกติ ตามความต้องการของวัยรุ่น มีการดูแลต่อเนื่องและส่งต่อ กรณีที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ มีเป้าประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรโดยมีมาตรการขยายสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้ครอบคลุมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น

3) กระบวนการด้านการพัฒนาระบบบริการบริการสุขภาพ ในช่วง ปี 2563-2564 ระบบบริการเชิงรุกนอกสถานที่ลดลง เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารรวมถึงการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลการดูแลสุขภาพ แก่ผู้รับบริการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านสายด่วนต่างๆ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ นันทะเนตร และคณะ, 2560⁽²⁵⁾ พบว่าแนวทางหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริการด้านสาธารณสุข คือ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ควบคู่กับการบริการแบบครบวงจร (One-Stop Services) เป็นแนวทางที่มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการ

แบบครอบคลุมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแบบองค์รวม

สถานการณ์ด้านผลลัพธ์

นำเสนอผลลัพธ์การดำเนินงานแยกรายด้าน ดังนี้

1) ความพึงพอใจด้านการให้ความรู้ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว รองลงมา คือ ผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและเศรษฐกิจของการตั้งครรภ์ขณะที่ร่างกายยังเติบโตไม่เต็มที่ และข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุดคือ การได้รับความรู้เรื่องการแสดงออกทางเพศ อารมณ์ทางเพศและการจัดการ การตอบสนองทางเพศ การช่วยตัวเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากแนวทางการให้ความรู้มารดาวัยรุ่นของงานฝากครรภ์เป็นการให้ความรู้รายบุคคลพร้อมครอบครัว ระยะเวลาในการให้ความรู้สั้น เพราะต้องให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปในเวลาเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวรรณกุล⁽²⁶⁾ พบว่าคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นต้องมีทักษะเชิงบวกด้านมีหน้าที่ให้ข้อมูลสร้างแรงจูงใจ ให้เวลาในการตัดสินใจ เนื่องจากวัยรุ่นที่เผชิญวิกฤติมีความสับสนลังเล

2) ความพึงพอใจด้านการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น มีความพึงพอใจระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ได้รับการให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ รองลงมาคือ ให้บริการมีความเป็นส่วนตัว มีการรักษาความลับ อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลมีการจัดบริการที่มีคุณภาพ ตามแนวทางมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและใช้บริการสุขภาพตามความเหมาะสม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ในมาตรา 5 ว่าด้วยวัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิ

ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการ อนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม อย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

3) ความพึงพอใจด้านการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ มีความพึงพอใจระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ มีการต้อนรับที่ดีจากเจ้าหน้าที่มีสื่อให้ข้อมูลและความรู้หลากหลายช่องทาง เช่น ไลน์, เฟสบุ๊ก, สายด่วน 1663 ปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม, เสียงตามสายในหมู่บ้าน มีการจัดบริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service) ด้านสถานที่มีการจัดสถานที่เฉพาะ เป็นสัดส่วน ปลอดภัย จัดจุดให้บริการได้อย่างเหมาะสม ด้านผู้ให้บริการมีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้เข้าถึงง่าย อภิปรายได้ว่าโรงพยาบาลเชียงดาว มีการนำเทคโนโลยี/นวัตกรรมที่ทันสมัย มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ซึ่งฐิติณัฐ อัครเดชอนันต์⁽²⁷⁾ กล่าวว่า iva ความก้าวหน้าของนวัตกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนในยุคไทยแลนด์ 4.0 สถานบริการด้านสุขภาพต้องมีการปรับตัวและพัฒนางานบริการเพื่อเพิ่มศักยภาพและพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ด้านโครงสร้าง

1) ควรมีการนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร เพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบในการประเมินและติดตามตัวชี้วัดตามนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่าง

ชัดเจน เพื่อให้ทราบถึงความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

2) ควรมีการวางแผนการดำเนินงานในระยะยาวให้สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของโรงพยาบาลจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการวางแผนในระยะยาวเป็นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดการดำเนินงานให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและจัดสรรงบประมาณได้อย่างเหมาะสม

3) ควรนำเสนอข้อมูลด้านผู้ให้บริการไม่เพียงพอแก่ผู้บริหารเพื่อจัดสรรอัตรากำลังบุคลากร

ด้านกระบวนการ

ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพทั้งในและนอกสถานที่ เช่น

1) จัดทำมาตรฐานการดูแลมารดาวัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลและแนวทางการส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการ โดย

2.1) จัดบริการเชิงรุกในโรงเรียน ชุมชนให้มากขึ้นโดยการประสานงานร่วมกับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอ ครูอนามัยโรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สภาดังและเยาวชนระดับอำเภอ รวมถึงภาคีเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง

2.2) มีการประชาสัมพันธ์การบริการของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

2.3) มีช่องทางที่เข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ง่าย เน้นการคุมกำเนิดระยะยาว เนื่องจากป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านผลลัพธ์

ควรมีการนำเสนอผลการประเมินความพึงพอใจ ในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นให้กับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงาน เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข พัฒนาระบบบริการให้ทันสมัย และมีประสิทธิภาพดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ครบถ้วน ในระยะเวลาที่จำกัด

เอกสารอ้างอิง

1. เกตย์สิริ ศรีวิไล. การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559; 3(3) : 142-52.
2. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, และคนอื่นๆ. ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2556 (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ : Studio Dialogue; 2562.
3. อารีรัตน์ จันทร์ลำภู, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, บรรณธิการ. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย; 2563.
4. กองแผนงานกรมอนามัย. รายงานประจำปีกรมอนามัย 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
5. Cmi.hdc.moph.go.th (อินเทอร์เน็ต) เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2562 (เข้าถึงเมื่อเข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2563). เข้าถึงได้จาก: <https://cmi.hdc.moph.go.th>

6. Maravilla J.C. The role of community health workers in preventing adolescent repeated Pregnancies and births. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 59:5-16.
7. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุรัตน์, เอกชัย โควาวิสารัช และคนอื่นๆ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
8. ฤดี ปุ่บบางกะดี, เอมพร รตินธร. ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นไทย กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2557; 32(2):23-31.
9. สุภาพร มะรังษี. ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2561; 26(2):84-9.
10. สุดกัญญา ปานเจริญ, จิราจันท์ คนทา, ภัทรานิษฐ์ จอแจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*. 2563; 5(10):231-47.
11. ปริญญญา เอี่ยมสำอางค์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรณา หอมสินธุ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2556; 8(1):55-67.
12. เรณู ชูนิล, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุรัตน์. การให้บริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาลในประเทศไทยปี 2558. *รามาศิขิตเวชสาร*. 2559; 39(2): 117-31.
13. Donabedian A. An Introduction to quality assurance in health care. Oxford University press; 2003.
14. พรรณี ปานเทวัญ. บทบาทพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2562; 20(2):33-43.
15. รุจิรา ตัณฑพงษ์, อัญญา บุญปาลิต, เกริกฤทธิ์ อัมพะวัต. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. กรุงเทพมหานคร: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.; 2563.
16. ทองสุก กองแก้ว, วินัย จาปาอ่อน, รัตนะ ปัญญาภา. การนำนโยบายคุ้มครองผู้บริโภคในการควบคุมราคาสินค้าไปปฏิบัติของแขนงการค้าภายในแขวงจำปาสักสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*. 2562; 4(2):70-83
17. สัณญา เคนาภูมิ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. กรอบแนวคิดการศึกษาการวางแผนและการบริหารแผน. *วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*. 2560; 4(2):389-411
18. ฐาปณี แสนทอง. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรสมัยใหม่:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์*. 2562; 2(3):31-42.
19. ธิติพัทธ์ ภูริชัยวรนนท์, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, วรางคณา จันทรคง. ความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามในจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2562; 5(4):63-72.
20. ศักดา สติรเรืองชัย. การรักษาความลับของผู้ป่วย. *วารสารเวชบันทึกศิริราช*. 2556; 6(2):78-83.

21. สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์.
ข้อเสนอแนะการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก
สำหรับทุกคน. กรุงเทพฯ: บริษัทพลัสเพรส จำกัด;
2557.
22. พนิดา เขตอริยกุล. การจัดอัตราค่าล้างบุคลากร
พยาบาล ตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยหอ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลхамสะแกแสง จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี นครราชสีมา. 2554; 17(1):5-16.
23. อรพรรณ หนูเสน. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
ของสำนักการคลัง กรุงเทพมหานคร.
(วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต).
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง;
2562.
24. จริญญา ดีจะโปะ. บทบาทพยาบาลในการ
ส่งเสริมการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรในมารดา
วัยรุ่นโดยการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.
วารสารกองการพยาบาล. 2563; 47(2):1-10.
25. จุฑามาศ นันทะเนตร, จุฑารัตน์ สมบูรณ์ธรรม,
ณัฐนันท์ สุขสงวน, และคนอื่นๆ. การพัฒนา
ประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี.
วารสารสังคมศาสตร์ บุรณการ คณะ
สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2560; 4(2):161-81.
26. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การให้คำปรึกษาทางเลือก
สำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. วารสารสภาการ
พยาบาล. 2559; 31(2):5-16.
27. ฐิติ ญัฐ อัครเดชนันต์. สมรรถนะของ
พยาบาลกับนวัตกรรมการดูแลสุขภาพ
ประชาชน ในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารสภาการ
พยาบาล. 2562; 34(1):5-13.

รูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC
Management model of DenChai District Public Health
Office in the situation of the Coronavirus Disease 2019 outbreak using the
POLC management process

ประทวน กวางทอง

Pratuan Kwangthong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

DenChai District Public Health Office DenChai District Phrae Province

¹Corresponding author, E-mail: saan_bri@hotmail.com

(Revised: March 15, 2023; Revised: March 19, 2023; Accepted: March 23, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PAOR) คือ การวางแผน การดำเนินการตามแผน การสังเกตผลการพัฒนา และการสะท้อนผลการพัฒนา ซึ่งใช้รูปแบบการบริหารแบบ POLC เป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดโครงสร้างองค์การ การนำองค์กร และการควบคุม การวิจัยเก็บข้อมูลด้วยหลากหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์ การบันทึกศึกษาจากเอกสาร การใช้แบบสอบถาม และการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า อำเภอเด่นชัยขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ภายใต้การดำเนินการผ่านกระบวนการบริหาร ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบท เกิดการทำงานร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชุมชน สถานพยาบาลในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: การบริหารแบบ POLC, โควิด 19, การฉีดวัคซีนโควิด 19

ABSTRACT

This action research aimed to examine the implementation based on the administration model of the Den Chai District Public Health Office in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic situation, using the POLC strategic management in the locality of Den Chai District, Phrae Province. The research process was divided into two phases: 1) preparation phase and 2) research implementation phase in four steps: Plan, Act, Observe, and Reflect (PAOR). The POLC framework comprises planning, organizing, leading, and controlling. Data collection was conducted using multiple methods; including, interview, recording, documental review, questionnaires, and meetings. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics; percentage, mean, and standard deviation. The qualitative data were analyzed using qualitative content analysis.

The results showed that Den Chai District propelled the COVID-19 vaccination under the administrative process implementation which varies between the contexts, resulting in the collaboration between relevant partner networks such as communities, local hospitals, and local government organizations.

Key word: POLC management, COVID-19, COVID-19 Vaccination

บทนำ

โรคโควิด 19 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสซึ่งพบการระบาดในระยะแรกช่วงต้นเดือนธันวาคม ปี 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome) ก่อนที่ภายหลังจะระบุเชื้อก่อโรคได้ว่าเป็นเชื้อไวรัสในตระกูลโคโรนาไวรัส ที่เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนโรคในคนมาก่อน ดังนั้นทางองค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งชื่อโรคติดต่อชนิดนี้อย่างเป็นทางการ โดยให้ชื่อว่า โควิด 19 (COVID-19) ทั้งนี้ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในวงศ์ใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน สำหรับในคนนั้นไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS)⁽¹⁾ สถานการณ์

โควิด 19 ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล COVID-19 ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 ทั่วโลก 226 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ พบผู้ป่วย 622,370,893 ราย เสียชีวิต 6,547,074 ราย ซึ่งประเทศที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ USA, India, France, Brazil, Germany ประเทศในทวีปเอเชีย พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ India, S.Korea, Japan, Vietnam, Indonesia ส่วนประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 8 พบผู้ป่วย 4,681,309 ราย เสียชีวิต 32,764 ราย ⁽²⁾

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือได้ว่าส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ส่งผลให้ทุกคนต้องเรียนรู้และนำไปสู่การปรับตัวในมาตรฐานชีวิตวิถีใหม่ หรือ New Normal ซึ่งเป็นแนวทางที่ต้องปรับเปลี่ยนชุดพฤติกรรมและรูปแบบวิถีชีวิตในช่วงที่เชื้อไวรัสตัวนี้กำลังแพร่ระบาดไปพร้อมกันทั่วโลก จากการที่

ทุกคนเคยออกจากบ้านเพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน ทำให้ต้องหันมาทำทุกอย่างที่บ้าน หากมีความจำเป็นต้องออกจากบ้าน จึงจำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรค ต้องเว้นระยะห่างสำหรับบุคคล (Social Distancing) ต้องหมั่นล้างมือบ่อยๆ รวมถึงเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์⁽³⁾ เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ เมื่อทุกคนในสังคมจำต้องปฏิบัติกันเป็นปกติอย่างต่อเนื่อง ยาวนานในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดเป็นความเคยชินที่ยังคงปฏิบัติกันอยู่โดยที่ไม่รู้ตัว ในที่สุดการปรับเปลี่ยน ชุดพฤติกรรมทั้งหมดก็จะกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ในสังคมต่อไปนั่นเอง ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่มีความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้ คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้นๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 นั้น ประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา วัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้

ประเทศไทยได้เผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ระลอกใหม่ในช่วงปลายเดือนเมษายน 2564 ที่ผ่านมา ซึ่งมีแนวโน้มของผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตมากขึ้น รัฐบาลได้ตระหนักและกำหนดมาตรการต่างๆ ที่จะควบคุมการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการจัดหาวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้กับประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึง จึงมี 4 มาตรการเปิดประเทศ “VUCA” ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบไปด้วย V-Vaccine ต้องฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ครบ รวมถึงเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 เพื่อลดอาการป่วยหนัก

U-Universal prevention ป้องกันตัวเองตลอดเวลา โดยสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เว้นระยะห่าง 2 เมตร ออกจากบ้านเท่าที่จำเป็น ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ทำความสะอาดพื้นผิวที่ถูกสัมผัสเป็นประจำ แยกของใช้ส่วนตัว กินอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลางส่วนตัว C-COVID free setting ซึ่งเป็นการดำเนินการด้าน Environment หรือการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 19 ด้าน Personnel หรือพนักงานปลอดภัย 19 ต้องได้รับการฉีดวัคซีน และตรวจ ATK อย่างต่อเนื่อง ด้าน Customer หรือลูกค้าปลอดภัย 19 ได้รับการฉีดวัคซีนตามที่กำหนด และ A-ATK (Antigen Test Kit) ตรวจ ATK อย่างสม่ำเสมอเมื่อมีอาการทุกสัปดาห์ เมื่อมีอาการระบบทางเดินหายใจหรือมีบุคคลใกล้ชิดติดเชื้อโควิด 19 และประเทศไทยมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มาตั้งแต่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 29 กันยายน 2565 พบว่า ฉีดแล้ว 143,336,779 โดส ซึ่งสามารถแยกการฉีดวัคซีนสะสมเป็น เข็มที่ 1 เข็ม 2 และเข็มที่ 3 จำนวน 57,327,777 ราย, 53,838,985 ราย และ 32,170,017 ราย ตามลำดับ⁽⁵⁾

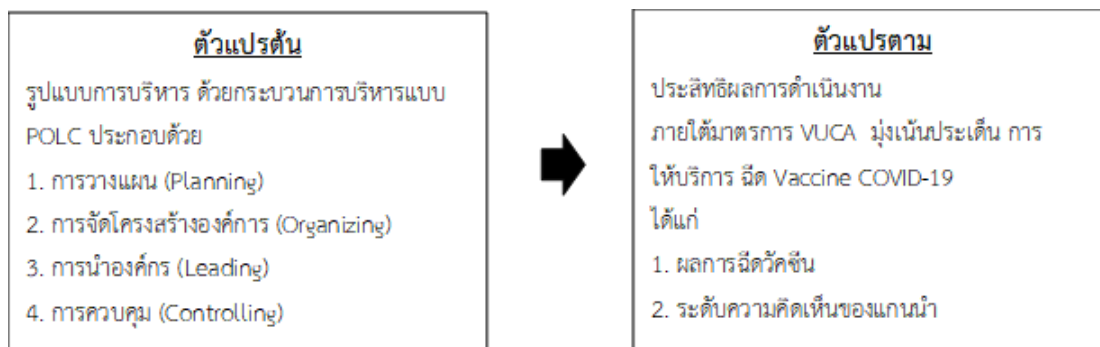
ทั้งนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม⁽⁶⁾ ได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (วัคซีน) เพื่อให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการติดตามประเมินผล และวางแผนบริหารจัดการวัคซีนให้บริการประชาชนได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน และลดความสับสนของข้อมูลข่าวสารการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 รวมทั้งการกำหนดนโยบาย

มาตรการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเด็นความต้องการการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ประชาชนร้อยละ 75.2 ต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ต้องการฉีดและพร้อมที่จะฉีดวัคซีนร้อยละ 47.7 และผู้ต้องการฉีดแต่ขณะนี้ยังไม่พร้อมฉีดวัคซีนร้อยละ 27.5) ส่วนร้อยละ 5.5 ฉีดวัคซีนแล้ว ขณะที่ร้อยละ 19.3 ไม่ต้องการฉีดวัคซีน โดยให้เหตุผล 5 อันดับแรก คือ กลัวผลข้างเคียง (ร้อยละ 16.4) ไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนจะสามารถป้องกันได้ (ร้อยละ 4.9) มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น พิกัด มีโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ เป็นต้น (ร้อยละ 4.6) สามารถป้องกันตัวเองได้ (ร้อยละ 3.6) และไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่เพียงพอ สำหรับการตัดสินใจ (ร้อยละ 3.2)

จากข้อมูลที่ปรากฏจึงนำไปสู่ การดำเนินการพัฒนาแนวทางสร้างความเชื่อมั่น และการดำเนินการในพื้นที่ของอำเภอเด่นชัย โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นการจัดการองค์กร ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ และจุดเด่นที่แตกต่างจากแนวทางการบริหารด้านอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ POSDCoRB / POSDC / POCCC ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนและพิจารณา เลือกกระบวนการบริหาร แบบ POLC ซึ่งประกอบไปด้วย 1. การวางแผน (Planning) 2. การจัดโครงสร้างองค์การ (Organizing) 3. การนำองค์กร (Leading) 4. การควบคุม (Controlling) โดยมีจุดเด่นคือ มีกระบวนการครอบคลุมในการใส่ใจกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ ตั้งแต่การวางวิสัยทัศน์, พันธกิจ, เป้าหมาย ไปจนถึงการปฏิบัติการ และสรุปสุดท้ายด้วยการประเมินผลปฏิบัติการมีกลยุทธ์ในการปฏิบัติการถือเป็นหัวใจ

สำคัญของการวางแผนเพื่อนำไปปฏิบัติการ กลยุทธ์นั้นจะทำให้การปฏิบัติการเฝ้าชมขึ้นได้โดดเด่น และมีโอกาสสัมฤทธิ์ผลได้สูง ซึ่งจุดนี้เองที่สร้างความแตกต่างในการปฏิบัติการของทฤษฎีนี้ที่ทำให้แตกต่างจากการปฏิบัติการปกติที่ไม่เน้นการวางกลยุทธ์ ให้ความสำคัญกับภาวะการเป็นผู้นำ (Leading) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการทุกอย่างให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะบางครั้งหากแผนการดีแค่ไหนก็ตาม แต่ขาดการบริหารจัดการที่ดีก็อาจทำให้ไม่ประสบความสำเร็จได้ และยังมีการใส่ใจภาวะผู้นำที่ดีคือต้องมีการสื่อสารและประสานงานกับผู้ใต้บังคับบัญชาที่ชัดเจน สร้างความเข้าใจอันดีและบริหารการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ต้องรู้จักวิธีสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้เกิดขึ้นด้วย รวมถึงจัดการโครงสร้างองค์กรให้เป็นระเบียบ : เน้นย้ำเรื่องการจัดการองค์กรซึ่งเป็นการวางโครงสร้างที่สำคัญ ตั้งแต่การวางโครงสร้างตำแหน่ง ไปจนถึงการมอบหมายงานที่ไม่ทับซ้อน มุ่งเน้นตรวจสอบการปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอว่าตรงตามมาตรฐานที่วางไว้ ตลอดจนตรงตามแผนการทำงานที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าไม่ได้มาตรฐานหรือไม่ตรงก็ให้รีบปรับแก้ไขให้เป็นไปตามที่กำหนด เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการและเก็บข้อมูลภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19 มุ่งเน้นการดำเนินการให้บริการด้านการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในพื้นที่ โดยมีกรอบความคิดดังนี้



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ รวบรวมข้อมูลพื้นฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มแกนนำที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จัดเตรียมทีมงาน บุคลากรก่อนดำเนินการวิจัยให้เข้าใจในแนวคิดการทำวิจัย ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁸⁾ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก P-A-O-R cycle คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหารการให้บริการฉีด

วัคซีนป้องกันโควิด 19 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ POLC ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย กลุ่มแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานวิจัยได้อย่างแท้จริง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย และสถานบริการในพื้นที่ กับกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคณะทำงาน รวมจำนวน 30 คน 2) กลุ่มแกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 156 คน สุ่มตัวอย่างตามตารางขนาดของเครซีและมอร์แกน⁽⁹⁾ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 113 คน การวิจัยเก็บข้อมูลด้วยหลากหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การบันทึกศึกษาจากเอกสาร การประชุมกลุ่ม และสรุปผลการประชุมกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- 1) แบบสอบถาม เกี่ยวกับ ความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยแบ่ง การเก็บข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่ง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเข้าดำรงตำแหน่ง มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ในด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ
- 2) แบบสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มแกนนำในชุมชนตามรูปแบบบริหาร POLC ประสิทธิผลของการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการ VUCA (V-Vaccine U-Universal Prevention C-COVID free setting A-ATK : Antigen Test Kit) โดยงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นประเด็น การให้บริการ ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่ จำนวน 8 ข้อ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 037/2565 ซึ่งเป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและการตอบแบบสอบถาม

การศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ มีกิจกรรม

ดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ 1) ศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย และหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด รวบรวมข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงาน รวมถึงได้มีการนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในพื้นที่ เพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนา มีข้อมูลการติดตามประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการติดตามในพื้นที่ การนำเสนอผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์เอกสารหลักฐานข้อมูลประกอบ ที่ส่งผลต่อมาตรการ VUCA ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบไปด้วย V-Vaccine ต้องฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้ครบ รวมถึงเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 เพื่อลดอาการป่วยหนัก U-Universal prevention ป้องกันตัวเองตลอดเวลา โดยสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เว้นระยะห่าง 2 เมตร ออกจากบ้านเท่าที่จำเป็น ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ทำความสะอาดพื้นผิวที่ถูกสัมผัสเป็นประจำ แยกของใช้ส่วนตัว กินอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลางส่วนตัว C-COVID free setting การดำเนินการด้าน Environment หรือการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโควิด-19 ด้าน Personnel หรือพนักงานปลอดภัยโควิด-19 ต้องได้รับการฉีดวัคซีน และตรวจ ATK อย่างต่อเนื่อง ด้าน Customer หรือลูกค้าปลอดภัยโควิด-19 ได้รับการฉีดวัคซีนตามที่ กำหนด และ A-ATK (Antigen Test Kit) ตรวจ ATK อย่างสม่ำเสมอเมื่อมีอาการทุกสัปดาห์ เมื่อมีอาการระบบทางเดินหายใจหรือมีบุคคลใกล้ชิดติดเชื้อโควิด-19 2) สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มแกนนำที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อสร้างความคุ้นเคย และสร้าง

การร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยที่จะมีขึ้น โดยการเข้าไปพบปะ พูดคุย และปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ 3) จัดเตรียมทีมงาน บุคลากรให้เกิดความเข้าใจในแนวคิด การดำเนินงาน และนิยามปัญหาอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ให้เพียงพอ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย มีกิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง (Brain storming) วางแผนการดำเนินงาน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบและนโยบายการดำเนินการในพื้นที่ นำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบตามทฤษฎีการจัดการที่สร้างประสิทธิภาพให้กับองค์กร (POLC) ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมข้อมูลสำหรับคืนให้ทีมงาน เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ กำหนดบทบาท ภารกิจ และกรอบแนวคิดการดำเนินงาน ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินงาน ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละรอบดำเนินการ ซึ่งได้แก่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รวมถึงกลุ่มแกนนำในชุมชน กำหนดแนวทางการประสานเชื่อมดำเนินการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชนในระดับพื้นที่ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ รวมถึงวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค เตรียมความพร้อมปรับปรุงบทบาทภารกิจในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Acting) นำแผนจากขั้นตอนที่ 1 ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ กำหนดบทบาท ภารกิจ และกรอบ

แนวคิดการดำเนินงาน ขั้นตอน ระยะเวลา ดำเนินงาน ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละรอบ ดำเนินการ รวมถึงกลุ่มแกนนำในชุมชน กำหนดแนวทางการประสานเชื่อมดำเนินการระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชนในระดับพื้นที่ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ รวมถึงวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เตรียมความพร้อมปรับปรุงบทบาทภารกิจในพื้นที่ ไปสู่การปฏิบัติ นำรูปแบบการบริหาร ด้วยกระบวนการบริหารแบบ POLC ประกอบด้วย

1) การวางแผน (Planning) เน้นกระบวนการถ่ายทอดแผนงานและกลยุทธ์การบริหารจัดการ วัคซีน โควิด 19 มุ่งให้เกิดการตัดสินใจของระดับบริหารในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ วางแผนแรงจูงใจให้แต่ละพื้นที่ ดำเนินการและถ่ายทอดแผนและเป้าหมายนี้ทั่วทั้งเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ตั้งแต่ระดับผู้บริหารสูงสุด คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

2) การจัดโครงสร้างองค์การ (Organizing) การจัดโครงสร้างองค์การ ดำเนินการกำหนดการประชุมและการประสานงานที่เกี่ยวข้อง กับบุคลากร รวมถึงมอบหมายภารกิจ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข สหวิชาชีพ รวมทั้งผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารการเงินงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการ โครงสร้างทางกายภาพ และข้อมูลด้านอื่นๆ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายขององค์การ ได้ การจัดองค์การนี้รวมถึงการกระตุ้นดึงดูดบุคลากรให้มาทำงานด้วยจิตอาสา จัดสรรงาน มอบหมายงานหรือภาระกิจ

ให้กับบุคลากรหรือทีมงาน ชัดเจนเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3) การนำองค์กร (Leading) ความสามารถของผู้บริหารในการกระตุ้น หรือส่งเสริมให้บุคลากร สหวิชาชีพ รวมถึงพนักงานหรือลูกจ้างให้มีประสิทธิภาพ การทำงานที่อยู่ในระดับสูง เสียสละ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารกับบุคลากร หรือพนักงานในแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำและสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงาน รวมถึงการประสานให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือ มีการสนับสนุนให้สามารถทำงานได้บรรลุ

4) การควบคุม (Controlling) คือ เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารในการกำกับดูแลและควบคุม สั่งการ ซึ่งได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ในส่วนของแผนงานว่าได้ตามผลลัพธ์ที่วางแผนไว้ และอาจปรับเปลี่ยนแผนได้เมื่อประเมินแล้วว่าผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้บริหารต้องแน่ใจแล้วว่าทรัพยากรขององค์กร ได้ถูกนำมาใช้ตาม แผนงานที่กำหนดไว้แล้ว

ขั้นตอนที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) มีการนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหาร ด้วยกระบวนการบริหารแบบ POLC มีการวัดผลโดยการวิจัยเก็บข้อมูลด้วยหลากหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การบันทึก ศึกษาจากเอกสาร การประชุมกลุ่ม และสรุปผลการประชุมกลุ่ม กลุ่มแกนนำชุมชน ท้องที่ท้องถิ่น อสม.ของแต่ละพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการบริหาร โดยมีเป้าหมาย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ประชากร คือ กลุ่มแกนนำชุมชน ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น อสม.ของแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting) ตามกระบวนการที่กำหนดมาตั้งแต่ต้น ทบทวนข้อมูลจากเอกสาร ข้อเสนอแนะ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดแพร่ รวมถึงการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาลงในครั้งต่อไป มีการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน ความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน ตลอดจนติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยประสานงานผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ระยะนี้มีการรวบรวมข้อมูล การวัดประสิทธิผลการดำเนินงานภายใต้ มาตรการ VUCA โดยเน้นการบริหารจัดการประเด็นการฉีดวัคซีน โควิด 19 ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ดำเนินการจนกระทั่งทีมงานและเครือข่ายมีความเห็นร่วมกัน และสอดคล้องกันว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรของการวิจัย กระทั่งถึงการรายงานผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ เช่น ระเบียบ, คำสั่ง, คู่มือการปฏิบัติงาน, เอกสารงานวิจัย, บทความทางวิชาการ

2) ทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ผ่านระบบ Google Form กับกลุ่มตัวอย่าง โดยสื่อสารผ่านสถานบริการ ในพื้นที่อำเภอเด่นชัย หลังจาก

นั้นผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่เข้ามาในระบบ Google form

3) นำข้อมูลไปประมวลผลโดยคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อประมวลค่าทางสถิติ

4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มแกนนำในชุมชน ตามรูปแบบบริหาร POLC ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการ VUCA (V-Vaccine U-Universal Prevention C-COVID free setting A-ATK : Antigen Test Kit) โดยงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นประเด็น การให้บริการ ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายในระดับพื้นที่ โดยอาศัยการคิดในเชิงวิพากษ์จากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเข้าดำรงตำแหน่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) 2) ระดับความคิดเห็นของผู้นำชุมชนต่อการบริหารงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลจากการบันทึกการสัมภาษณ์ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย (Results)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอตามระยะของกระบวนการวิจัยซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ เพื่อให้เห็นการดำเนินงานตามระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าสภาพบริบทของอำเภอเด่นชัย แบ่งการปกครองเป็น 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน มีสำนักงาน

เทศบาลตำบล 3 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง มีจำนวนประชากรในเขตอำเภอเด่นชัยทั้งสิ้น 37,757 คน แยกเป็นชาย 18,753 คน เป็นหญิง 19,004 คน มี 10,173 หลังคาเรือน⁽¹⁰⁾ พบผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยนอก เข้าระบบ Out Patient Self Isolation (OPSI) จำนวน 3,219 ราย ระบบ Home Isolation (HI) จำนวน 2,060 ราย ข้อมูลงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย⁽¹¹⁾ และผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชากรอำเภอเด่นชัย จากกลุ่มเป้าหมายประชากรทั้งหมด 34,412 ราย จำนวนฉีด 30,919 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.46 จากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่⁽¹²⁾

ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ประสานทีมงานบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจในแนวคิด การดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน กำหนดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน รวมถึงการประเมินความเป็นไปได้และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

ดำเนินการตามกรอบ PAOR Cycle ของ Kemmis & McTaggart ดังนี้

2.1 การวางแผน (Planning)

การวางแผนงานในกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องใช้แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมสมอง (Brain storming) วางแผนการดำเนินงาน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับระบบและนโยบายการดำเนินการในพื้นที่ ได้แก่ 1) ความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

โควิด 19 2) ความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของวัคซีน ป้องกันโควิด 19 3) การเพิ่มสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีน รวมทั้งกำหนดขั้นตอนในการดำเนินการในชุมชน โดย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เชื่อมโยงรูปแบบการบริหารแบบ POLC ตามกรอบ และระยะเวลาในการวิจัย

2.2 ดำเนินการตามแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน (Acting)

โดยนำรูปแบบการบริหาร ด้วยกระบวนการบริหารแบบ POLC ซึ่งสู่การปฏิบัติ พบว่า 1) ด้านการวางแผน (Planning) เน้นกระบวนการการถ่ายทอดแผนงานและกลยุทธ์การบริหารจัดการวัคซีน โควิด 19 มุ่งให้เกิดการตัดสินใจของระดับบริหารในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ วางแผนรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้แต่ละพื้นที่ดำเนินการและถ่ายทอดแผนและเป้าหมายนี้ทั่วทั้งเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ตั้งแต่ระดับผู้บริหารสูงสุด คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มแกนนำชุมชน แกนนำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในระดับหมู่บ้าน 2) การจัดโครงสร้างองค์การ (Organizing) การจัดโครงสร้างองค์การ ดำเนินการกำหนดการประชุมและการประสานงานที่เกี่ยวข้อง กับบุคลากร รวมถึงมอบหมายภารกิจ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข สหวิชาชีพ รวมทั้งผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารการเงิน งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการ โครงสร้างทางกายภาพ และข้อมูลด้านอื่นๆ ได้แก่ ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

ข้อมูลรายกลุ่มที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการกระตุ้นดึงดูดบุคลากรให้มาทำงานด้วยจิตอาสา มอบหมายงานหรือภารกิจให้กับบุคลากรหรือทีมงานชัดเจนเหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) การนำองค์กร (Leading) เป็นการนำเอาความสามารถของผู้บริหาร ภาวะผู้นำในการกระตุ้น หรือส่งเสริมให้บุคลากร สหวิชาชีพ รวมถึงพนักงานหรือลูกจ้าง ให้มีประสิทธิภาพ การทำงานที่เสียสละ อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารกับบุคลากร หรือกลุ่มแกนนำชุมชนในแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำและสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมงาน รวมถึงการประสานให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือ มีการสนับสนุนให้สามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการปฏิบัติงาน 4) การควบคุม (Controlling) เน้นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารในการกำกับดูแลและควบคุม สั่งการได้แก่ บทบาทของสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ในส่วนของแผนงานว่าได้ตามผลลัพธ์ที่วางแผนไว้ ภายใต้มาตรฐานการทำงาน และอาจปรับเปลี่ยนแผนได้เมื่อประเมินแล้วว่าผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้การใช้ทรัพยากรได้ถูกนำมาใช้ตามแผนงานที่กำหนดไว้แล้ว

2.3 การสังเกตผลการพัฒนา (Observing)

สิ่งที่สังเกตได้ คือการกำกับ นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามรูปแบบการบริหาร ด้วยกระบวนการบริหารแบบ POLC นั้น อำเภอเด่นชัยมีการเปิดโอกาสให้ทีมงานดำเนินการในระดับอำเภอ และเชื่อมโยงกิจกรรมไปถึงระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์เพื่อค้นหาความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หากพบว่าไม่ประสงค์ฉีดวัคซีน ให้มีการค้นหาประเด็นเพิ่มเติม โดยเหตุผลที่พบ 3 อันดับแรก คือ

กลัวผลข้างเคียง ไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนจะสามารถป้องกันโรคได้ มีข้อจำกัดทางร่างกาย ได้แก่ พิกการ มีโรคประจำตัว และยังมีการสร้างความเข้าใจเรื่องประสิทธิภาพวัคซีนที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมตามสื่อที่นำเสนอในหลาย ๆ ช่องทาง เน้นการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของวัคซีนป้องกันโควิด 19 ที่มีความขัดแย้งกันเอง โดยผู้นำชุมชนในแต่ละพื้นที่ รวมถึง การเพิ่มสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจาก มีกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กเล็ก ซึ่งการเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก โดยใช้สถานพยาบาลในระดับ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีน อีกทั้งยังพิจารณาให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เชิงรุก ในพื้นที่ชุมชนอีกด้วย และการสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยภายหลังการฉีดวัคซีน

ทั้งนี้ ยังมีการติดตามผลโดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นต่อการบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.19 อายุน้อยสุด 27 ปี สูงสุด 68 ปี เฉลี่ยอายุ 50 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส โสด และหย่าร้าง ร้อยละ 66.01, ร้อยละ 17.73, และร้อยละ 7.88 ตามลำดับ กลุ่มที่ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 95.57 ที่เหลือเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ระดับความคิดเห็นการบริหาร พบว่า ด้านการวางแผน มีการบริหารดีมากที่สุด ($X=4.22$ $SD=0.59$) ด้านการจัดองค์การ มีการบริหารดีมากที่สุด ($X=4.22$ $SD=0.58$) ด้านการนำองค์กร มีการบริหารดีมากที่สุด ($X=4.20$ $SD=0.58$) ด้านการควบคุม มีการบริหารดีมากที่สุด ($X=4.25$ $SD=0.6$) ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด 19 และส่งผลต่อการฉีด

วัคซีนโควิด-19 ของอำเภอเด่นชัยที่เพิ่มขึ้นประชาชนในพื้นที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็มที่ 3 ขึ้นไป) จำนวน 14,370 ราย ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 89.46⁽¹²⁾

2.4 การสะท้อนผลการดำเนินการ (Reflecting)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารภายใต้สถานการณ์การระบาด โรคโควิด 19 ตามกระบวนการที่กำหนดมาตั้งแต่ต้น เริ่มตั้งแต่ทบทวนข้อมูลจากเอกสาร ข้อสั่งการ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดแพร่ พบว่าการสนับสนุนของทีมงานบุคลากร เครือข่าย แกนนำชุมชน อสม. มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันกิจกรรม ประชาสัมพันธ์และรณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเชื่อมโยงมาจากระดับอำเภอ รวมถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลของคนที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 รวมถึงการช่วยเหลือกันของประชาชนในชุมชนภายใต้วิถีชีวิตที่เอื้อเพื่อแผ้วช่วยเหลือกัน เช่น ช่วยเหลือในการเดินทาง รับส่ง ไปฉีดวัคซีนยังสถานพยาบาล

ทั้งนี้ ยังมีการจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารแบบ

POLC ที่นำไปขับเคลื่อนในพื้นที่อำเภอเด่นชัย ประกอบไปด้วย 1) ด้านการวางแผน ที่ต้องคำนึงถึงการวิเคราะห์บริบทชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน เป้าหมาย ระยะเวลา และสถานที่ที่ชัดเจน 2) ด้านการจัดองค์กร มีการกำหนดเป้าหมายของงาน การจัดโครงสร้าง มอบหมายภารกิจ จัดลำดับความสำคัญของงาน 3) ด้านการนำ ผู้บริหารนำทีมงานให้สามารถทำตามแผนที่วางไว้จนบรรลุเป้าหมาย ประสานงาน เครือข่ายภายในและภายนอกองค์กร สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เสริมสร้างพลังทางกาย รวมถึงสร้างแรงบันดาลใจ และ 4) ด้านการควบคุม ที่จะทำให้เป้าหมายบรรลุ คือ การติดตามประเมินผล การวัดประสิทธิภาพการทำงาน จากรูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งเน้นประกอบทั้ง 4 ด้าน เป็นกรอบในการดำเนินงาน ของบุคลากร สาธารณสุข และเชื่อมโยงไปถึงระดับพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน โดยเน้นการดำเนินงานผ่านกลไก ของเครือข่ายซึ่งได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ประชาชน ในชุมชนต้องประสานความร่วมมือในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 กับสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ รวมถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำงานบนพื้นฐานของกรอบการบริหารข้างต้น ส่งผลทำให้ประสิทธิผลการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการ VUCA มุ่งเน้นประเด็น การให้บริการ ฉีดป้องกันโควิด 19 ได้แก่ 1) ผลการฉีดวัคซีน ที่เพิ่มขึ้น และ 2) ระดับความคิดเห็นของแกนนำ ต่อการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ที่เพิ่มขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลงานวิจัยนี้ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นกระบวนการบริหารภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ภายใต้มาตรการ VUCA (V-Vaccine U-Universal Prevention C-COVID free setting A-ATK : Antigen Test Kit) โดยงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นประเด็น การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ซึ่งเป็นการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และเชื่อมโยงสู่เครือข่าย ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน โดยสอดคล้องกับการนำเอากรอบแนวคิดรวมถึงหลักการ บริหารการจัดการคุณภาพการทำงานที่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของกลุ่มคนวัยทำงานจากการศึกษาวิจัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ของ เอื้อมพร คำสีดา⁽¹³⁾ โดยใช้การบริหารด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำ ด้านการควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วงศ์ชนก สืบยุบล⁽¹⁴⁾ วิจัยเรื่อง ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยการบริหารของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยด้านการควบคุม มีผลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบังคับบัญชาสั่งการ ด้านการประสานงาน ด้านการวางแผน และด้านการจัดการองค์กร และยังพบว่า ปัจจัยการบริหาร ส่งผลทางบวกต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรเทศบาลเมืองหนองปรือ และสอดคล้องกับงานวิจัยของวีรพันธ์ ศรีวิทยา⁽¹⁵⁾ วิจัยเรื่องการบริหารจัดการ และคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลกพบว่า การบริหารจัดการ

และคุณภาพการให้บริการส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกองทุนหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การบริหารจัดการ ด้วยรูปแบบที่ใช้ขับเคลื่อนทั้ง ด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านการนำองค์กร และด้านการควบคุม กำกับ ติดตาม เป็นกรอบดำเนินการหลักที่ยังต้องเพิ่ม ภาวศึเครือข่ายทั้งชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงาน สนับสนุนตามพันธกิจเพื่อเสริมการดำเนินงาน อย่างบูรณาการ

1.2 การเรียนรู้ของแต่ละชุมชนด้านการ ป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยวัคซีน ต้องอาศัย กระบวนการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล และผ่าน ประสบการณ์ตรงมาก่อน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

การออกแบบการวิจัยโดยใช้กรอบบริหาร ครอบดำเนินการในพื้นที่ที่นักวิจัยสามารถบริหาร จัดการได้ ซึ่งจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ ความ ไกล่ชิด เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจาก บุคลากรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. วิกานดา ทยานุวัฒน์, พนา กล้าคำ, รณิต เฉลิมวัฒนชัย. ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก แพทย์ แห่งประเทศไทยโรคโควิด 19 หมอ ชวนรู้. [เข้าถึง 15 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้ จาก: https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-80.pdf
2. ศูนย์ข้อมูล COVID-19. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.) [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้ จาก: https://www.facebook.com/photo?fbid=655372512747743&set=pcb.655372646081063&locale=th_TH
3. สุนิทธา ตั้งซ้าย, เบญจวรรณ ตรึงษ์, ชรินทร์ สุขประเสริฐ และณภัฏญ์จันทร์ ด่านสวัสดิ์. การสำรวจความคิดเห็นเรื่องชีวิตวิถีใหม่ของ นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีระหว่างสถาบัน ครั้งที่ 8 (ASTC 2021). ปทุมธานี : มหาวิทยาลัย ราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2564. หน้า 32-41.
4. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. 4 มาตรการเปิดประเทศ “VUCA”, [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/doe/journal_detail.php?publish=11976&deptcode=doe
5. ศูนย์ข้อมูล COVID-19. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด 19 (ศบค.) [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/photo/?fbid=655372496081078&set=pcb.655372646081063&locale=th_TH

6. สำนักสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหารความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (วัคซีน). บทสรุปผู้บริหาร; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib12/2564/summary_Vaccine.pdf
7. Allen, Louis A. Organization and Management. New York: McGraw-Hill; 1958.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3'ded.). Geelong, Australia: Deakin University Press; 1988.
9. Robert V. Krejcie & Daryle W. Morgan. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30;1970. p607-10.
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย. ข้อมูลทั่วไปอำเภอเด่นชัย . สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย, 2565
11. งานระบาดวิทยา. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 . โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย; 2565
12. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และดิจิทัลสุขภาพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. ข้อมูลการฉีดวัคซีนเดือนสิงหาคม 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; 2565
13. เอี่ยมพร คำสีดา. การจัดการคุณภาพที่บ้าน (work from home) ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกลุ่มคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.vl-abstract.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/177>;
14. วงศ์ชนก สืบบุญล. ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรเทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559
15. วีรพันธ์ ศรีวิทยา. การบริหารจัดการและคุณภาพการให้บริการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2562

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
Quality improvement of nursing documentation in the obstetrics and
gynecology department 1-2 Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai

วันเพ็ญ ใสด้วง

Wanphen Saidoung

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Health Promoting Hospital Regional Health Promotion Center 1 Chiangmai

¹Corresponding author, E-mail: wansaidoung@gmail.com

(Revised: March 7, 2023; Revised: March 9, 2023; Accepted: April 3, 2023)

บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญซึ่งพยาบาลใช้สื่อสารระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การศึกษาเชิงพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ซึ่งมี 9 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์และสนับสนุนการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล ทีมประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกทางการพยาบาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3) แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

จากการนำแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยโฟกัส พีดีซีเอ(FOCUS-PDCA) มาร่วมทีมค้นหากระบวนการ ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วางแผนงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและเลือกวิธีที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหา ได้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และได้นำมาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาลพบว่า ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.54$, $df = 8$, $p < .01$) โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มหลังการพัฒนา (46.33) สูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา (41.11) สำหรับความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการ

พยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าร้อยละ 100 ของพยาบาลวิชาชีพ เห็นด้วยเป็นอย่างมากกว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้ รองลงมาเห็นด้วยอย่างมากในความชัดเจนและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 88.24 และสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 82.35 ตามลำดับ

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารการพยาบาลในการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพนี้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกอื่นในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, การบันทึกทางการพยาบาล, แผนกสูติรีเวชกรรม

ABSTRACT

Nursing documentation is an important tool that nurses use to communicate between nursing teams and interprofessional teams to ensure continuous and safe patient care. The purpose of this development study is to improve the quality of nursing documentation in the obstetrics and gynecology department 1-2 by using the continuous quality improvement process, FOCUS-PDCA, which includes FIND a process to improve, ORGANIZE a team that knows the process, CLARIFY current knowledge of the process, UNDERSTAND the source or causes of process variation, SELECT the process to improve, Plan, DO, Check, Act. The sample groups used in this study include the quality improvement team, the nursing documentation team, the quality assessment team, and nursing documentation. The sample selection was purposeful. The study tools used in this study include: 1) personal information questionnaire, 2) nursing professional group meeting questionnaires, 3) nursing documentation quality assessment form, and 4) questionnaire on opinions on the use of developed nursing documentation forms. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The FOCUS-PDCA continuous quality improvement process was adopted to search for a suitable method to understand, analyze, plan, and implement improvements to the quality of nursing documentation. A nursing documentation manual was created and utilized in the process, leading to a statistically significant improvement in the quality of nursing documentation before and after the development ($t = 9.54$, $df = 8$, $p < .01$). The mean value of the group after development (46.33) was higher than the group before development (41.11). Regarding feedback on the use of the developed nursing documentation form, 100% of professional nurses agreed that it was more convenient to use. 88.24% agreed that it was clear and beneficial for their organization, and 82.35% agreed that it was easy to understand.

The researchers concluded their study and presented their findings to healthcare management, recommending the use of this quality improvement process for developing the quality of nursing documentation in other departments of the hospital in the future.

Keywords: quality development, nursing record, obstetrics and gynecology department

บทนำ

การบันทึกทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการ ผู้รับบริการ และญาติ เป็นหลักฐานสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ใช้เป็นเอกสารทางกฎหมาย ในกรณีที่มีปัญหาเรียกร้องสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งการพิจารณาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้มีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพมีกลยุทธ์ในการผลักดันให้หน่วยบริการจัดบริการที่มีคุณภาพ และมีการตรวจสอบคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งมีการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ ในระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลจึงมีการกำหนดให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลและต้องมีการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องโดยทีมคุณภาพของโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน^(2,3) การบันทึกทางการแพทย์มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การให้พยาบาล ในระหว่างการใช้ระบบการบันทึกทางการแพทย์และวิธีการอื่นๆที่แตกต่างกันออกไป และสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณา ศรสุรินทร์⁽⁴⁾ พบว่า การบันทึกทางการแพทย์ทำให้พยาบาล ต้องเข้าไปพูดคุย ชักถาม และให้การดูแลผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด โดยการให้เวลาแก่ผู้รับบริการมากขึ้น ผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และเกิดความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น บันทึกทางการแพทย์จึงเป็นเอกสารสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ถ้าไม่บันทึก ก็เหมือนไม่ได้ปฏิบัติ เพราะขาดหลักฐาน⁽⁵⁾ ดังนั้นถ้ามีการบันทึกการพยาบาลได้ครบถ้วน

บุคลากรทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจน จะนำมาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง⁽⁶⁾

เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันแบบเป็นทีม การสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมการพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมาก วิธีการที่ทีมผู้รักษาพยาบาลผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารระหว่างกัน ได้แก่ การพูดคุยซักถาม (discussion) การรายงานอาการ (report) และการบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย (record) เป็นการสื่อสารระหว่างกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง ส่วนการรายงานอาการเป็นการสื่อสารที่มุ่งหวังเพื่อส่งต่อข้อมูลไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ในขณะที่การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เป็นการสื่อสารอย่างเป็นทางการ และเป็นเอกสารทางกฎหมายที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ให้การรักษาอื่นอย่างไร^(2,7) นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์ยังสามารถสะท้อนการตัดสินใจของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลอีกทั้งยังแสดงถึงอิสระแห่งวิชาชีพอีกด้วย⁽⁸⁾

ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์อย่างถูกต้องจึงเป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับพยาบาล เป็นสิ่งที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของวิชาชีพและเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล หลักการในการบันทึกทางการแพทย์จะต้องเขียนให้อ่านง่ายด้วยปากกา ข้อความสั้นกะทัดรัด ได้ใจความ (concise) มีข้อมูลตรงตามความจริง เรียงลำดับความสำคัญ เนื้อหาไม่สับสนถูกต้อง (correct) ชัดเจน (clear) และมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องครบถ้วน (complete)^(2,3) ส่วนการบันทึก

ทางการพยาบาลมีหลายรูปแบบซึ่งองค์กรแต่ละแห่งจะต้องตกลงให้ชัดว่าจะเลือกแบบไหนในการบันทึกที่ สิริย ธรรมิกบวร⁽²⁾ และพรศิริ พันธสี⁽⁹⁾ ได้เสนอรูปแบบการบันทึกที่นิยมใช้ในปัจจุบันจำนวน 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) การบันทึกบอกเล่าเรื่องราว (narrative record) 2) การบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process record) 3) บันทึกกระบวนชี้เฉพาะ (focus charting record) 4) บันทึกโดยใช้ระบบปัญหา (problem oriented record) 5) บันทึกโดยใช้คอมพิวเตอร์ (computerized electronic charging) 6) บันทึกโดยแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway, Care map charting)

แผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการพยาบาลให้บริการด้านการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพมารดา ตั้งแต่ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 2,300 กรัม ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีหัวหน้าแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 เป็นผู้บริหารจัดการปฏิบัติงานทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยขึ้นตรงกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล มีบุคลากรทั้งหมด เป็นพยาบาลวิชาชีพ 18 คน (รวมหัวหน้าแผนก) พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจากการสุ่มตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁷⁾ จากการประเมินรายงานผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 เดือน เมษายน - มิถุนายน 2565 คะแนนโดยรวมของการบันทึกทางการพยาบาลด้านสูตินรีเวชกรรม มีคะแนนความ

สมบูรณ์ร้อยละ 83.85 (เกณฑ์ที่กลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาลกำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 85) เมื่อจำแนกเฉพาะการบันทึกทางการพยาบาลของแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 พบปัญหา คือ 1) บันทึกการประเมินแรกรับไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย ไม่ครอบคลุมตามโรคของผู้ป่วย ไม่จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) ไม่นำข้อมูลที่ซักประวัติได้มาวางแผนการพยาบาล บันทึกไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยโดยเฉพาะระยะต่อเนื่อง ไม่มีการปรับเปลี่ยนแผนทางการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 3) ไม่มีการติดตามภาวะแทรกซ้อน ขาดการประเมินซ้ำหลังให้การพยาบาล ไม่พบมีการสิ้นสุดของปัญหาทางการพยาบาล บันทึกการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมรวมทั้งลายมืออ่านยาก การลงลายมือชื่อไม่สามารถอ่านได้ พบว่าปัญหาดังกล่าวมีผลทำให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่มีคุณภาพตามเป้าหมายที่กลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาลกำหนดไว้

จากปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลจะเห็นว่ามีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทำการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลโดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาล และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์การประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ⁽⁷⁾ นำไปสู่บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พิตซีเอ (FOCUS-PDCA)

คำถามการวิจัย

คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ก่อนและหลังการพัฒนาเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (development study) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พิตซีเอ (FOCUS-PDCA) ซึ่งมี 9 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง 2) สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ 3) ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ 5) เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ 6) วางแผนการปรับปรุง 7) ทำการเก็บข้อมูลวิเคราะห์และสนับสนุนการปรับปรุง 8) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ และ 9) ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงต่อเนื่อง มาเป็นกรอบในการพัฒนาเพื่อค้นหาปัญหาของการบันทึกทางการ

พยาบาลและพัฒนาให้บันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง เดือน มกราคม 2566 และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยเลขที่ 6/2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ทีมพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพระดับบริหารที่รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลได้แก่ หัวหน้าแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 และผู้วิจัย

2. ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน แผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 จำนวน 17 คน ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากรทั้งหมด

3. ทีมประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 2 คน ประกอบด้วยรองหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 คนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และผู้วิจัย

4. บันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

บันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือเป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กำหนด

ขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณ ด้วยโปรแกรม G*power Two independent groups กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05 และกำหนดค่า power เท่ากับ 0.80 จำนวน 2 กลุ่ม จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างละ 42 ฉบับ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนผู้วิจัย ได้เพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 ฉบับ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) ใช้เกณฑ์การสุ่มตรวจเวชระเบียนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ คือร้อยละ 5 ของจำนวนเวชระเบียนผู้ป่วย และไม่ควรมากกว่า 50 ฉบับ ดังนั้นก่อนการพัฒนาใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ในช่วงวันที่ วันที่ 1 - 30 กันยายน 2565 จำนวน 50 ฉบับ และหลังการพัฒนาใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ในช่วงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 - 15 มกราคม 2566 จำนวน 50 ฉบับ รวมเป็นเวชระเบียน ทั้งหมด 100 ฉบับ ดังนั้นนำเวชระเบียนเรียงตามลำดับวันที่เข้ารับการรักษาในแผนกช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีทั้งหมด 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 และข้อมูลการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ซึ่งใช้สอบถามความคิดเห็นกับปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล สาเหตุของปัญหา วิธีแก้ไขปัญหา

และการเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตามกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการบันทึก และการประเมินการบันทึก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการบันทึกคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1. แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ จัดทำเป็นรูปแบบตารางบันทึกคะแนน มีรายการในการประเมิน 9 ข้อ โดยในข้อที่ 1-5 ประเมินใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) มีการบันทึก หมายถึง มีการบันทึกลงในแบบบันทึกที่กำหนด ให้คะแนน 1 ถ้าไม่มีการบันทึก ให้คะแนน 0 2) การบันทึกสมบูรณ์ หมายถึง มีการบันทึกในแบบบันทึกที่กำหนดครบถ้วนให้คะแนน 1 ถ้าไม่ครบถ้วน ให้คะแนน 0 และ 3) ความสอดคล้อง หมายถึง การบันทึกที่สอดคล้องกันกับประวัติ การรักษา การให้การพยาบาล และการประเมินผล ตามรายการประเมินที่กำหนด ให้คะแนน 1 ถ้าบันทึกไม่สอดคล้องให้คะแนน 0 และกำหนดเกณฑ์ผ่านการประเมินต้องมีคะแนน โดยรวมมากกว่า ร้อยละ 85

2.2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ แบบบันทึกมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ แบบบันทึกมีความชัดเจน แบบบันทึกสามารถลดเวลาในการบันทึก แบบบันทึกมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน คู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถเข้าใจง่าย และคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการระบุทางเลือก

สำหรับบันทึกในแต่ละสถานการณ์ และคำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัญหา/อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่ พัฒนาแล้วในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

1. นำแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้อง การใช้ภาษาและความ ชัดเจน โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อ ตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา และให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำมา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่สมบูรณ์มากที่สุด และนำมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่า $CVI = .94$ ซึ่งยอมรับได้ เนื่องจากค่ากำหนดค่า CVI ที่ยอมรับได้ต้องมากกว่า หรือเท่ากับ $.80^{(10)}$

2. การตรวจสอบความสอดคล้องของ เนื้อหาของแนวคำถามในการประชุมกลุ่ม ผู้วิจัยนำ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม และแนวคำถามในการ สัมภาษณ์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ที่จำหน่ายแล้วในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 10 ฉบับ หลังจากอธิบายขั้นตอน และวิธีประเมินจนเป็นที่ เข้าใจแล้ว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมา หาความสอดคล้องกันได้ค่าความสอดคล้องกัน เท่ากับ 0.94 โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ไม่ควรต่ำ กว่า $0.80^{(10)}$

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (interrater reliability)

ทีมประเมินนำแบบประเมินคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นจากแบบ ประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการ พยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดสอบ ความเชื่อมั่นของการตรวจสอบ (interrater reliability) โดยทำการประเมิน เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ที่จำหน่ายแล้วใน ช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 10 ฉบับ หลังจากอธิบาย ขั้นตอน และวิธีประเมินจนเป็นที่เข้าใจแล้ว จากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาหาความเชื่อมั่นได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โดยค่าความเชื่อมั่นที่ ยอมรับได้ไม่ควรต่ำกว่า $0.80^{(10)}$

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยนำโครงร่างงานวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการ จริยธรรมของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อได้รับการ อนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่ออธิบาย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนใน การทำวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีอิสระและมี เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้า ร่วมทำวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด ระยะเวลาการทำวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือ เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น หลังจากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพการบันทึก ทางการพยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล แผนกสูติ รีเวชกรรม 1-2 โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพ

อย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนซึ่งมีรายละเอียดคือ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (fine a process to improve) ค้นหาขั้นตอนที่ 2 สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (organize a team that knows the process) ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (clarify current knowledge of the process) ขั้นตอนที่ 4 ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (understaess causes of process variation) ขั้นตอนที่ 5 เลือกวิธีการปรับปรุงกระบวนการ (select the process improvement) ขั้นตอนที่ 6 วางแผนการปรับปรุง (Plan) ขั้นตอนที่ 7 ทำการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสนับสนุนการปรับปรุง (Do) ขั้นตอนที่ 8 ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) และ ขั้นตอนที่ 9 ดำเนินการให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement)

ขั้นการสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยเชิญทีมพัฒนาและทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ มาประชุมร่วมกันเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยการจัดหมวดหมู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้บันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา นำมาเปรียบเทียบ T-test

3. ข้อมูลความคิดเห็นต่อการนำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ แบบบันทึกทางการแพทย์ และแบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

4. ข้อมูลปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการนำแบบบันทึกทางการแพทย์ไปใช้ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 วิเคราะห์โดยการจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้บันทึกทางการแพทย์ ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.71 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.53 มีตำแหน่งงานปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 64.71 รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 35.29 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.24 รองลงมาระดับการศึกษาปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 11.76 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 เฉลี่ย 7.76 ปี และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 64.71

ส่วนที่ 2. ข้อมูลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ พยาบาลใน แผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

โดยมีการดำเนินการและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (fine a process to improve) การวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไปที่แพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงวันที่ 1 - 30 กันยายน 2565 จำนวน 50 ฉบับ โดยใช้เกณฑ์ตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบ ผลการประเมินโดยรวมของการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 50 ฉบับ มีเกณฑ์ประเมินฉบับละ 9 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 450 คะแนน จำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์รวมทั้งหมด 370 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 82.22 รายละเอียดผลการประเมิน มีดังนี้

เกณฑ์ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับได้คะแนนร้อยละ 86.00 ปัญหาที่พบคือ การเขียนอาการสำคัญไม่ถูกต้องไม่ชัดเจน ไม่ระบุเวลา

เกณฑ์ ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือ การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลไม่ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ไม่ระบุปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีปัญหาเพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้ระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

เกณฑ์ ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือ ไม่มีการประเมินผลตามเกณฑ์ที่วางไว้ และเมื่อทำกิจกรรมพยาบาลต่างๆแล้วไม่มีการประเมินผลซ้ำ

เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 80.00 ปัญหาที่พบคือไม่ติดตามการตอบสนองผลการรักษา

เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล ได้คะแนนร้อยละ 78.00 ปัญหาที่พบคือ ไม่ได้มีการบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษา เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ

เกณฑ์ข้อที่ 6 การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้าน ได้คะแนนร้อยละ 84.00 ปัญหาที่พบคือไม่ได้บันทึกการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน การฝึกทักษะต่างๆที่เหมาะสม

เกณฑ์ข้อที่ 7 การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ได้คะแนนร้อยละ 88.00 ปัญหาที่พบคือ การแนะนำก่อนจำหน่ายไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ไม่ระบุวันนัดตรวจครั้งต่อไป

เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่อง ได้คะแนนร้อยละ 78.00 ปัญหาที่พบคือ ไม่มีการบันทึกการส่งต่อข้อมูลเพื่อการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ ได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือ การลงลายมือชื่อ และนามสกุล ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นใคร

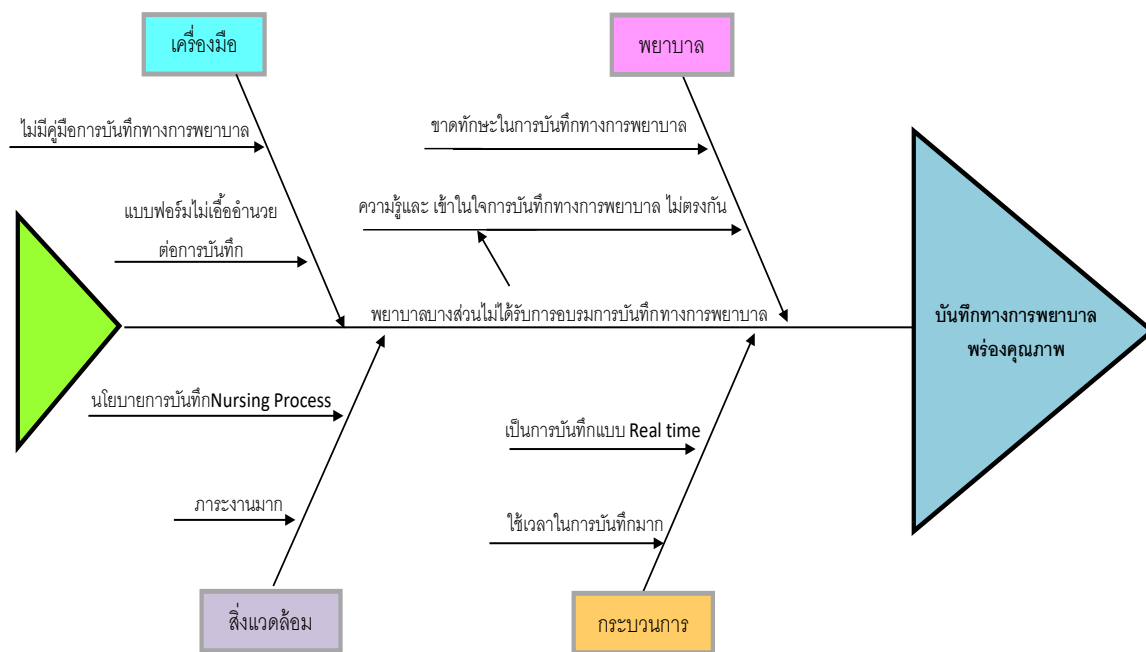
ขั้นตอนที่ 2 สร้างทีมงานให้รู้เกี่ยวกับกระบวนการ (organize a team that knows the process) ผู้วิจัย เรียนเชิญหัวหน้าแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 เข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลร่วมกับผู้วิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแล้วร่วมประชุมทีมพัฒนารับทราบวัตถุประสงค์รวมถึงกระบวนการพัฒนาของการวิจัย และได้ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่โดยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการติดต่อ สื่อสารระหว่างทีมงาน การนัดหมายการ

ประชุม สอน/ให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล นำทีมในการระดมสมอง และการสร้างความเห็นร่วมในการประชุม เพื่อให้ทีมสามารถใช้เครื่องมือคุณภาพชนิดต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนา ร่วมวางแผนพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นิเทศติดตามการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการ (clarify current knowledge of the process) ผู้วิจัย ได้นำเสนอผลการประเมินคุณภาพตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามเกณฑ์การตรวจของ สปสช. ก่อนการพัฒนาและปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แก่ทีมพัฒนา ซึ่งทีมพัฒนาได้ศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการปรับปรุง หลังจากนั้นร่วมกันทบทวนกระบวนการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคือคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 มากกว่าร้อยละ 85 ผลการประเมินโดยรวมของการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 50 ฉบับ มีเกณฑ์ประเมินฉบับละ 9 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 450 คะแนน จำนวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์รวมทั้งหมด 370 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 82.22 รายละเอียดผลการประเมินที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 มีดังนี้ เกณฑ์ข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือการระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลไม่

ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ไม่ระบุปัญหาด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีปัญหาเพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้ระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เกณฑ์ข้อที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือไม่มีการประเมินผลตามเกณฑ์ที่วางไว้ และเมื่อทำกิจกรรมพยาบาลต่างๆแล้วไม่มีการประเมินผลซ้ำ เกณฑ์ข้อที่ 4 การตอบสนองการรักษาพยาบาล ได้คะแนนร้อยละ 80.00 ปัญหาที่พบคือไม่ติดตามการตอบสนองผลการรักษา เกณฑ์ข้อที่ 5 การให้ข้อมูลระหว่างการดูแลได้คะแนน ร้อยละ 78.00 ปัญหาที่พบคือ ไม่ได้มีการบันทึกการให้ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างการรักษา เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษา การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ เกณฑ์ข้อที่ 8 การประสานการดูแลต่อเนื่องได้คะแนนร้อยละ 78.00 ปัญหาที่พบคือ ไม่มีการบันทึกการส่งต่อข้อมูลเพื่อการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกณฑ์ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปีเวลาและการลงลายมือชื่อ ได้คะแนนร้อยละ 82.00 ปัญหาที่พบคือ การลงลายมือชื่อ และนามสกุล ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นใคร

ขั้นตอนที่ 4 ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (understaess causes of process variation) ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนานำเสนอปัญหาเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 50 ฉบับ ทำการประชุมพยาบาลวิชาชีพทีมผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในแผนกเพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ครบถ้วนโดยใช้การระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาสาเหตุปัญหาโดยใช้แผนภูมิแก๊งปลา ดังนี้



รูปภาพที่ 1 แผนภูมิแก๊งปลาแสดงผลการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุปัญหาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 เลือกรูปแบบการปรับปรุงกระบวนการ (select the process improvement) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาประชุมร่วมกันโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัจจัยและสาเหตุแต่ละปัจจัยของการบันทึกไม่ครบถ้วนมาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยนำมาจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุในแก้ปัญหา ร่วมกันพิจารณา กำหนดทางเลือกในการพัฒนา และความเป็นไปได้ในการปรับปรุง

สรุปปัญหาและกระบวนการแก้ไข

1. พยาบาลมีความเข้าใจเรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมิน ไม่ตรงกัน ขาดทักษะในการบันทึก และพยาบาลบางส่วนไม่ได้รับการอบรมการบันทึกทางการพยาบาล วิธีการปรับปรุงคือ ให้ความรู้เรื่องบันทึกทางการพยาบาล และเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดทำคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล

2. กระบวนการบันทึกใช้เวลานานมาก เป็นการบันทึกแบบ Real time วิธีการปรับปรุง คือ ยกเลิกการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ซ้ำซ้อน คือ ไม่ต้องเขียนประวัติการเจ็บป่วยใน Nurse Note ตอนรับใหม่ เนื่องจากมีการบันทึกใน แบบบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกแล้ว และสืบเนื่องจากความไม่เข้าใจเรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมิน การให้ความรู้และจัดทำคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาล จะทำให้ลดเวลาในการบันทึก

3. ไม่มีคู่มือในการบันทึก วิธีการปรับปรุง คือ จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล และปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกการให้ยาช่องลงชื่อพยาบาลผู้ให้ยาครบถ้วนไปเขียนชื่อไม่พอ และแบบฟอร์มแสดงรายการปัญหาและแผนการพยาบาล (Problem list and care plan) ไม่มีช่องให้ลงชื่อผู้บันทึกอาจทำให้ลืมลงชื่อได้จะต้องปรับปรุงใหม่ ให้แก้ไขขยายช่องให้กว้างขึ้น

4. ภาระงานมาก/อัตรากำลังไม่เพียงพอ/มีนโยบายใช้บันทึกแบบกระบวนการพยาบาล (Nursing process record) วิธีการปรับปรุงคือ จากการวิเคราะห์ภาระงานบริการตามกิจกรรมหลัก (Production Line) ใช้วิธีคำนวณอัตรากำลังตามภาระงาน ด้วยวิธี (FTE) ของกลุ่มการพยาบาล พบว่าแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 มีอัตรากำลังเท่ากับ 18 คน ซึ่งพบว่าอัตรากำลังเพียงพอต่อภาระงาน อาจมีเพียงบางเวรเท่านั้นที่มีภาระงานยุ่งจะต้องมีการเรียกอัตรากำลังเสริมตามแนวทางซึ่งมีกำหนดอยู่แล้ว และจากกลุ่มการพยาบาลยังมีนโยบายให้ใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบกระบวนการพยาบาล (Nursing process record) เพราะเห็นว่าสามารถบันทึกการประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้การป้องกันอันตรายและดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกปัญหา บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งอาจปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม บันทึกการประเมินผลการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร

ขั้นตอนที่ 6 วางแผนการปรับปรุง (plan) ผู้วิจัยนำร่างแนวทางในการแก้ไขปัญหาบันทึกทางการพยาบาลที่ได้จากการประชุมระหว่างผู้วิจัยและทีมพัฒนามาชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล ร่วมกันพิจารณาและร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไข โดยพิจารณาจากความสำคัญในการปรับปรุงและความเป็นไปได้ในการปรับปรุงโดยการลงความเห็นร่วมกัน โดยพยาบาลวิชาชีพทีมผู้บันทึกทางการพยาบาลจำนวน 17 คน (ร้อยละ 100) เห็นด้วยกับ 1) กำหนดข้อตกลงในการเขียนบันทึกทางการ

พยาบาลที่พยาบาลผู้ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รับใหม่ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกตามรายละเอียดแบบฟอร์มการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ การบันทึกรายการปัญหาและแผนการพยาบาล (Problem list and care plan) บันทึกใบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ด้วยลายมือที่อ่านออกได้ และลงชื่อ นามสกุล ที่สามารถอ่านออกได้ว่าเป็นผู้ใด 2) ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินคุณภาพทางการพยาบาล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินคุณภาพทางการพยาบาลของ สปสช. จัดทำคู่มือและตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการพยาบาล และปรับปรุงแนวทางตัวอย่างการเขียนวินิจฉัย ทางการพยาบาล กิจกรรมพยาบาลและการประเมินผล 3) ยกเลิกการบันทึกทางการพยาบาลที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็นออก ได้แก่ ยกเลิกการเขียนประวัติการเจ็บป่วยใน Nurse Note ตอนรับใหม่ ยกเลิกแบบประเมินการให้บริการพยาบาล เนื่องจากเป็นแบบฟอร์มที่ให้ข้อเสนอแนะให้ข้อมูลซึ่งไม่สามารถรู้ได้ว่าให้จริงหรือไม่ และ 4) ปรับปรุงแบบฟอร์มในการบันทึกทางการพยาบาลแบบฟอร์มบันทึกการให้ยา รวมทั้งแบบฟอร์มการบันทึกรายการปัญหาและแผนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 7 การปฏิบัติ (Do) ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือแนวทางการหลังจากบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกันจัดทำร่างคู่มือบันทึกทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามแบบประเมินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(สปสช.) และร่วมกันปรับปรุงแนวทาง ตัวอย่าง การเขียนวินิจฉัย ทางการพยาบาล กิจกรรม พยาบาลและการประเมินผล แล้วให้เริ่มปฏิบัติตาม แนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่กำหนดขึ้น ในระหว่างนั้น ทีมพัฒนาติดตามนิเทศ แนะนำ สอบถามปัญหา ให้ทีมผู้บันทึกทางการพยาบาล ทำตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือบันทึกทาง การพยาบาล ซึ่งปัญหาที่พบคือยังไม่คุ้นเคยกับวิธี ใหม่ มีลืมนบันทึก เช่น หลังทำกิจกรรมพยาบาลไป แล้วไม่ได้ประเมินผล ไม่ได้ระบุปัญหาเพิ่มเติมเมื่อ ผู้ป่วยมีปัญหาใหม่เพิ่มขึ้น และ เขียนไม่ทัน

ขั้นตอนที่ 8 ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) ทีมพัฒนาประชุมร่วมกันเพื่อตกลงการ ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการ พยาบาล โดยใช้การสุ่มตรวจประเมินบันทึก ทางการพยาบาลจากเวชระเบียนที่ผู้ป่วยเข้านอน โรงพยาบาลในช่วงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 – 15 มกราคม 2566 จำนวน 50 ฉบับ ซึ่งเป็นเวช ระเบียนหลังการพัฒนา โดยใช้เกณฑ์การตรวจ ประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลตามคู่มือ แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการ บันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา(n=50)

เกณฑ์ข้อที่	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนบันทึกที่ผ่านเกณฑ์(ฉบับ)	คิดเป็นร้อยละ
1.	การประเมินแรกรับ	48	96.00
2.	การระบุปัญหาทางการพยาบาล	46	92.00
3.	กิจกรรมการพยาบาล	46	92.00
4.	การตอบสนองการรักษาพยาบาล	43	86.00
5.	การให้ข้อมูลระหว่างการดูแล	45	90.00
6.	การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน	47	94.00
7.	การเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	47	94.00
8.	การประสานการดูแลต่อเนื่อง	46	92.00
9.	การบันทึกวันเดือนปีเวลา และการลงลายมือชื่อ	49	98.00

ผลการประเมินหลังพัฒนาโดยรวมของ การตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 50 ฉบับ มีเกณฑ์ประเมินฉบับละ 9 ข้อๆ ละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 450 คะแนน จำนวน

บันทึกทางการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์รวมทั้งหมด 417 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.67 รายละเอียด รายข้อพบว่าผ่านเกณฑ์ทั้ง 9 ข้อ

ขั้นตอนที่ 9 ดำเนินการให้เกิดการพัฒนา และปรับปรุงต่อเนื่อง (Act to hold the gain and continue improvement) ผู้วิจัยแจ้งผลการการพัฒนาแก่ทีมพัฒนา ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล พบว่า ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและ

หลังการพัฒนา แสดงให้เห็นว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.54, df = 8, p < .01$) โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มหลังการพัฒนา (46.33) สูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา (41.11) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จะช่วยให้คุณภาพของบันทึกเพิ่มขึ้น ดังตาราง 2

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	n	mean	S.D.	t	df	sig
ก่อนการพัฒนา	9.00	41.11	2.86	9.54	8	0.00
หลังการพัฒนา	9.00	46.33	3.00			

สอบถามผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เกี่ยวกับประโยชน์ที่รับจากการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคือทีมมีความกระตือรือร้นในเรื่องการเขียนปัญหาของผู้ป่วย การตั้งเกณฑ์การประเมินเพื่อให้คนเวรต่อไปสามารถประเมินต่อได้ และเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเพิ่มในเวรไหนจะต้องระบุปัญหาเพิ่มขึ้นด้วย และต้องมีการประเมินผลประเมินผลซ้ำเมื่อทำกิจกรรมพยาบาลไปแล้ว และรู้สึกภูมิใจที่สามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้คุณภาพมากขึ้น และส่วนปัญหาอุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อดำเนินการค้นหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนามาปรับปรุงต่อเนื่องมีดังนี้ 1) การพัฒนาควรมีการดำเนินการต่อเนื่องต่อไป โดยจะต้องมีการเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานอื่นๆด้วย เช่นการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในส่วนของกรให้คำแนะนำเรื่องยาควรประสานฝ่ายเภสัชกรรมเพื่อร่วมการบันทึกในส่วนนี้ 2) การประเมินผลการทำงานกิจกรรมพยาบาลนอกจากดูจากการบันทึกแล้วควรมีการติดตามสอบถามผู้ป่วยด้วยหรือ

อาจจะต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติลงชื่อเป็นหลักฐานไว้ 3) พยาบาลคนไหนที่ลายมืออ่านยาก อ่านไม่ออกให้พยายามฝึกให้ลายมือดีขึ้น/มีการใช้ตรายางปั๊มชื่อหลังการลงลายมือชื่อ 4) การเขียนบันทึกการจำหน่ายแบบ D METHOD ควรมีทีมสหวิชาชีพมาเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3. ข้อมูลความคิดเห็นต่อการนำคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบประเมินการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ แบบบันทึกมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ แบบบันทึกมีความชัดเจน แบบบันทึกสามารถลดเวลาในการบันทึก แบบบันทึกมีประโยชน์ต่อ

หน่วยงาน คู่มือการบันทึกทางการแพทย์สามารถเข้าใจง่าย และคู่มือการบันทึกทางการแพทย์ทางการแพทย์มีการระบุทางเลือกสำหรับบันทึกในแต่ละสถานการณ์ และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์ที่พัฒนาแล้วในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 พบว่า ร้อยละ 100 ของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่าแบบบันทึกทางการแพทย์มีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ แบบบันทึกทางการแพทย์มีความชัดเจน และแบบบันทึกทางการแพทย์มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 88.24 เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่าคู่มือการบันทึกทางการแพทย์สามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 82.35 เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่าคู่มือการบันทึกทางการแพทย์มีการระบุทางเลือกสำหรับบันทึกในแต่ละสถานการณ์ส่วนความคิดเห็นต่อแบบบันทึกทางการแพทย์สามารถลดเวลาในการบันทึกเห็นด้วยเป็นอย่างมากมีเพียง ร้อยละ 76.47 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นว่ายังไม่สามารถลดเวลาในการบันทึกทางการแพทย์ได้มากซึ่งต้องมีการนำไปปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

ส่วนที่ 4. ข้อมูลปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
ต่อการนำแบบบันทึกทางการแพทย์ไปใช้ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 วิเคราะห์โดยการจัดหมวดหมู่

ทีมผู้บันทึกทางการแพทย์ ได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาในการบันทึกทางการแพทย์ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์ในแผนกในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 ดังนี้

1. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบปัญหา คือเครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีรูปภาพประกอบ (face pain scale) ไม่เพียงพอ ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดย จัดหาเครื่องมือ

ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยชนิดรูปภาพ (face pain scale) เพิ่ม

2. การปฏิบัติตามข้อตกลงในการตรวจซ้ำพบปัญหา คือ ไม่กล้าสะท้อนหรือเสนอแนะให้พยาบาลอื่นปรับปรุงการเขียนบันทึก ไม่มีเวลาในการทำตรวจซ้ำ ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดย ปรับวิธีการสะท้อนผลการตรวจซ้ำจากทุกเวรเป็นการสะท้อนผลการตรวจสอบโดยภาพรวมของการบันทึกเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย เพิ่มจำนวนครั้งในการสะท้อนผลการตรวจสอบโดยภาพรวมให้มากขึ้น และควรมีการชี้แนะข้อที่ควรแก้ไขและแนวทางที่ถูกต้องในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

3. การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบปัญหา คือ บางคนยังมีความไม่เข้าใจในวิธีการเขียนปัญหาและการพยาบาลทางด้านจิตใจ ภาระงานที่มากทำให้ไม่สามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างละเอียด ทั้งนี้พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะ โดย ควรมีการให้ความรู้ในการเขียนบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นและมีการให้ความรู้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงาน

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) อภิปรายผลของการศึกษา ดังนี้

คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในแผนกสูตินรีเวชกรรม 1-2 การวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่าง

ต่อเนื่อง โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) ซึ่งในขั้นการค้นหาค้นหาพบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมมีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบประเมินร้อยละ 82.22 แต่ภายหลังจากได้ดำเนินการปรับปรุงพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวมภายหลังการพัฒนาคุณภาพได้ผลดีโดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.67 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณภาพ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในการศึกษานี้กับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งใช้แนวคิด FOCUS –PDCA เช่นการศึกษาของพัชราพร ตาใจ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาด้วยแนวคิดนี้ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 56.94 เป็นร้อยละ 86.11 หรือการศึกษาของกาญจนา พรหมเสน⁽¹²⁾ ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาด้วยแนวคิดนี้ทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 67.50 เป็นร้อยละ 87.50 จะเห็นได้ว่าแนวคิดนี้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการระดมสมองพยาบาลผู้ปฏิบัติงานร่วมกันแก้ปัญหาและดำเนินการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้ดีขึ้น การให้พยาบาลมีการฝึกเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยมีผู้ให้คำแนะนำในการเขียน และการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอจะช่วยพัฒนาคุณภาพของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง และนำผลการตรวจสอบมาย้อนกลับให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทราบอาจมีส่วนทำให้คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้น รวมทั้งการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การนิเทศการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามแนวทาง และการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น รวมทั้งคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นด้วย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 โดยอาศัยแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส ฟิตซีเอ (FOCUS-PDCA) เพื่อค้นหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนงานและดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ในขั้นการค้นหาค้นหาพบว่า การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมมีความถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนดในแบบประเมินร้อยละ 82.22 แต่ภายหลังจากได้ดำเนินการปรับปรุงพบว่า คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในภาพรวมภายหลังการพัฒนาคุณภาพได้ผลดีโดยมีค่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.67 ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.44

ความคิดเห็นต่อการใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ร้อยละ 100 ของพยาบาลวิชาชีพ เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่า แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความชัดเจน และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 88.24 เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่าคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 82.35 เห็นด้วยเป็นอย่างมากว่าคู่มือการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีการระบุทางเลือกสำหรับบันทึกในแต่ละสถานการณ์ แต่ในส่วนตัวเห็นต่อแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสามารถลดเวลาในการบันทึก

เห็นด้วยเป็นอย่างมากมีเพียง ร้อยละ 76.47 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมองเห็นว่ายังไม่สามารถลดเวลาในการบันทึกทางการพยาบาลได้มาก ซึ่งต้องมีการนำไปปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการบันทึกทางการพยาบาล ปัญหาในการไม่สามารถปฏิบัติตามข้อตกลงในการตรวจซ้ำตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ เนื่องจากพยาบาลไม่กล้าสะท้อนหรือเสนอแนะให้พยาบาลอื่นปรับปรุงการเขียนบันทึกและการไม่มีเวลาในการตรวจสอบซ้ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกันคืออายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 64.71) รวมทั้งร้อยละ 34.29 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแผนกสูติรีเวชกรรม 1-2 ระหว่าง 6-10 ปี จึงอาจทำให้ไม่กล้าสะท้อนการตรวจซ้ำ การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับหลักการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้อง และให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมคิดตลอดจนมีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้มีการบันทึกทางการพยาบาลที่ถูกต้องครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ชัดเจนและได้ใจความ ซึ่งส่งผลทำให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ มีคุณค่าต่อวิชาชีพการพยาบาลต่อพยาบาล ต่อองค์กร และต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอาทิเช่น ให้มีการจัดการความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานตลอดจนควรมีการกระตุ้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรมีการจัดตั้งทีมพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล มีการนิเทศกำกับ ติดตามผลการของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ใช้ระบบ peer review ในการทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลรวมทั้งมีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรในทีมการพยาบาล

3. ควรมีการให้ความรู้และอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การบันทึกมีความถูกต้องและครบถ้วน

4. การติดตามนิเทศและให้คำแนะนำทีมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะเป็นการกระตุ้นการทำงานอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้การบันทึก ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ มากขึ้น และ ชื่นชมสิ่งที่ทำได้ดี ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจะต้องมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมปฏิบัติการเกี่ยวกับหลักการบันทึกที่ถูกต้อง การมีทัศนคติที่ดีต่อการบันทึก

2. ควรมีนโยบายในการติดตามนิเทศและให้คำแนะนำทีมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะเป็นการกระตุ้นการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถทำให้การบันทึก ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้แก่
แผนกทารกแรกเกิดวิกฤต ห้องคลอด

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้แบบฟอร์มการ
บันทึกทางการแพทย์ที่ปรับปรุงขึ้นมาใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพ
การบันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการ
พิมพ์; 2557.
2. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการแพทย์.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา;
2540.
3. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล.
กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง; 2545.
4. ลักขณา ศรสุนทร. การพัฒนารูปแบบการ
บันทึกทางการแพทย์แผนกที่หนักศัลยกรรม
โรงพยาบาล สุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการ
บริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนว
ทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการ
บันทึกเวชระเบียน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการ
พิมพ์; 2557.
6. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การบันทึกทางการแพทย์.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิวเวฟพัฒนา; 2540.
7. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลใน
โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักการ
พยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข;
2550.

8. อภิวัน ชาวตง. การพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเถินจังหวัดลำปาง. [การค้นคว้าแบบ
อิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
9. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล & แบบแผน
สุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.
สมุทรปราการ: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2552.
10. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทาง
พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์
มีเดีย; 2553.
11. พิชราพร ตาใจ. การพัฒนาคุณภาพการบันทึก
ทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
หริภุญชัย เมโมเรียล จังหวัดลำพูน. [การค้นคว้า
แบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
12. กาญจนา พรหมเสน. การพัฒนาคุณภาพบันทึก
ทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
เมืองปาน จังหวัดลำปาง. [การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ บริหาร
การพยาบาล]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;
2555.

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
Effects of Stroke Prevention Program among Elderly with hypertension
Network Primary Care Unit Kokha District, Lampang Province.

ชาวลิต สันวงศ์ตา¹, วิจิตพงษ์ วงศ์เรื่อน², ศิริรัตน์ ผ่านภพ³
Chaovalid Sunvongta¹ Vichitpong Wongruen² Sirirat Phanphop³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง^{1,2},
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไหล่หิน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง³
Mea phrik District Health Office, Lampang Province^{1,2},
Ban lai hin subdistrict health promotion hospital Kokha District, Lampang Province.³
Corresponding author, E-mail: Chaosun1971@gmail.com
(Revised: May 18, 2023; Revised: June 26, 2023; Accepted: July 10, 2023)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่บางรายเกิดความพิการในสภาพอัมพฤกษ์หรืออัมพาต กลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจด้านการสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลในครอบครัวตามมา ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 คนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit ; NPCU) อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความดันโลหิต และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เวลาศึกษา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง เดือน มีนาคม 2566 การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.264, p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตช่วงบนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่างต่ำกว่าก่อนเริ่มใช้โปรแกรมครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.636, p < .001$) ($t = 20.679, p < .001$)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, โรคความดันโลหิตสูง, โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ABSTRACT

Stroke has been was a public health problem in the world and of a major cause of death. Most of patients were a physical disability as paralytic or paralysis and became to be a family burden. Become a burden to the family. An economic loss like a medical expense was the consequence to the family. Wasting medical expenses caused the economic loss of the family. The purpose of this quasi-experiment was to study Effects of Stroke Prevention Program among Elderly with hypertension. The samples were 60 elderly with hypertension diagnosed by the doctor at Network Primary Care Unit (NPCU) Kokha District, Lampang Province. The tools were: the stroke prevention program based on the protection motivation theory consist of perceived noxiousness, perceived susceptibility, outcomes of self-efficacy and expectancy on self-efficacy, and The data collection methods were questionnaire with personal data, blood pressure and stroke prevention behaviors. The study were 12 weeks between January to March 2023. The statistical analysis were analyzed by frequency, a percentage, means, standard deviation and Paired t-Test.

The results of this study were as follows; the means of the behavioral change of the stroke prevention scores were significantly higher than, before the samples participated a study ($t = -22.264, p < .001$). The average systolic blood pressure and diastolic blood pressure were significantly lower than, before the samples were first started using program ($t = 5.636, p < .001$) ($t = 20.679, p < .001$)

Keywords: elderly people, hypertension, stroke prevention program, protection motivation theory.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เกิดจากภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติก่อให้เกิดอาการแสดงทางพยาธิสภาพหรือนำไปสู่การเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุ

มากกว่า 60 ปี ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเป็นสาเหตุอันดับ 3 ของความพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ด้วยอัตรา 5,096 ต่อ 100,000 ประชากรโลก สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่

พ.ศ. 2558- 2562 พบว่า มีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 43.3, 48.7, 47.8, 47.1, และ 53.0 ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยพบว่า จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 451.4, 467.5, 506.2 และ 542.5 ตามลำดับ² หากพิจารณาปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 บางรายเกิดความพิการในสภาพ อัมพฤกษ์ อัมพาต อาจสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง เมื่อเกิดความบกพร่องทางด้านร่างกาย ย่อมส่งผลถึงทางด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า วิถีการกิน การนอนหลับไม่ปกติเป็นแบบสองชั่วกลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว หลักฐานวิชาการในปัจจุบันพบว่าโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่จากผู้อื่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จังหวัดลำปางเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มของอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยใน พ.ศ. 2562 - 2564 จากสถิติที่รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไว้ในโรงพยาบาลลำปาง ปี พ.ศ.2562, 2563, 2564 มีจำนวน 1,903 2,002 1,845 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยเสียชีวิตในปี พ.ศ.2562, 2563, 2564 มีจำนวน 165, 206, 217 ราย คิดเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ร้อยละ 8.67, 10.29, 11.76 ตามลำดับ จากรายงานการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปิดครอบที่ 1 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานอัตราป่วยของโรงพยาบาลเกาะคา ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2564 มีอัตราความชุกด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 886.64, 1,072.61 1,209.12 1,333.21 และ 1,301.85 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจำแนกเป็นผู้สูงอายุ NPCU อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งหมด 448 คน คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับ 762.46 ต่อประชากรแสนคน³ จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติจำนวน 328 คน คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับ 558.23 ต่อประชากรแสนคน NPCU ตำบลไหล่หินอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2560 - 2564 มีอัตราความชุก 182.28, 255.52 310.90, 237.83, และ 405.00 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และอัตราการตาย 54.68, 73.01, 128.02, 73.19, และ 92.04 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติจำนวน 98 คน ปัญหาแต่ละพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตสูงมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำอีกทั้งยังไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีการใช้แนวคิดและทฤษฎีหลายทฤษฎีในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในโรค

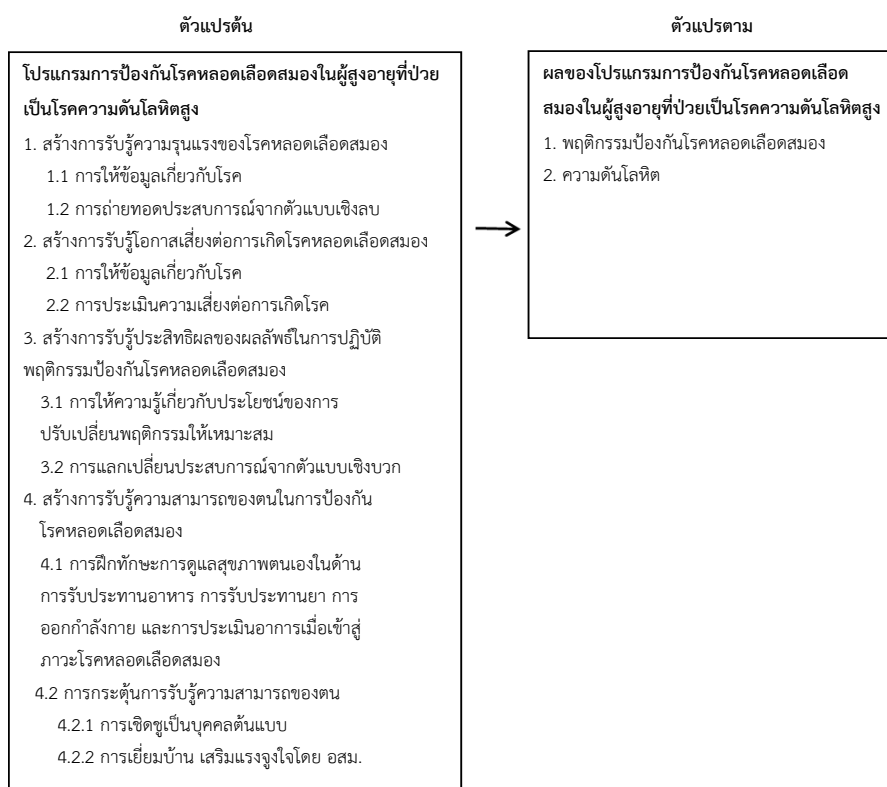
ความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และ กลุ่มทดลองมีคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ การศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้โปรแกรมในการให้ความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดจากเลือกการบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ จะเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการ

รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) มาพัฒนาโปรแกรมในการสร้างการรับรู้ให้กับบุคคล และการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อช่วยให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลงและเป็นปัจจัยที่จะช่วยเชื่อมโยงไปสู่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด



ภาพ 1.1 กรอบแนวคิด

สมมติฐาน

โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ (One group pretest-posttest design) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเกาะคา จังหวัด

ลำปาง และดำเนินการสร้างทักษะ ให้เกิดความรู้ การรับรู้ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง เดือน มีนาคม 2566 ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีระดับความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) สูงกว่า 140 และระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic) สูงกว่า 90 มม. ที่รับการรักษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 328 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตำบลไหล่หิน โดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน และสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่ม

ตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้มีอายุระหว่างมีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านเขียนและพูดภาษาไทย ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัย และต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็น โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และผลของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของญาติสายตรง ระยะเวลาการ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรค ความดันโลหิตสูง เป็นลักษณะข้อคำถามแบบ

เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง และข้อมูลด้าน สุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับ ความดันโลหิต ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บ รวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลการตรวจครั้งล่าสุด ซึ่ง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ วัด จำนวน 19 ข้อ

2. พฤติกรรมเป็นการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร (จำนวน 46 ข้อ) การรับประทานยา (จำนวน 12 ข้อ) และการออกกำลังกาย (จำนวน 12 ข้อ) การตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.90 มีระดับ ความเชื่อมั่น (Reliability) จากการคำนวณสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.92 เมื่อจำแนกรายด้านคือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา เท่ากับ 0.95 0.86 0.83 ตามลำดับ

3. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ แบบบันทึกความดันโลหิต น้ำหนัก รอบเอว แบบ บันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคพร้อม คำแนะนำ เป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง

1) ทีมผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและ เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมการด้านเอกสาร ต่างๆที่จะใช้การ

ดำเนินกิจกรรมติดต่อประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษาจากนั้น ประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม การวิจัย พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลา และสถานที่ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรมฯ

2) ทีมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยตามวันเวลาและสถานที่ที่นัดหมายได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของโครงการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับข้อมูลสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต เก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้ทั้งสิ้นเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม“มารู้และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกันเถอะ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ทีมวิจัยประเมินสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการเสริมแรงจิตใจให้เห็นความสำคัญของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแจกคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 สร้างการเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ในการการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้จากเรื่องจริง จากบุคคลต้นแบบเชิงลบและเชิงบวก ใช้เวลา 3 ชั่วโมง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา

และ การออกกำลังกาย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม“สถานีทักษะการดูแลสุขภาพ” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน การทบทวนทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดกิจกรรม“ตลาดนัดสุขภาพ” “ตลาดไช้ยา” โดยเลือกตัวอย่างยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สมาชิกในกลุ่มระบุนิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง การออกฤทธิ์ยา ผลไม่พึงประสงค์ของยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาและ การจัดกิจกรรม“ออกกำลังกายกันเถอะ”เช่นการปฏิบัติกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการแกว่งแขนที่ถูกวิธี เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง นัดพบครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 -11 การลงเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับทีมวิจัยเฝ้าเตือนให้ปฏิบัติตัวด้านการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ถูกต้อง สอบถามปัญหาและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาคนละ 30 นาที ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยให้มีกำลังใจที่จะควบคุมโรคของตนเองให้ได้

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการใช้โปรแกรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว บันทึกค่าระดับความดันโลหิต บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และให้กลุ่มทดลอง

ตอบแบบสอบถามชุดเดิม และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดศึกษา และแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-Test.)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จังหวัดลำปาง เลขที่โครงการวิจัย 086/2565 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2565 เอกสารรับรองเลขที่ E2565-079

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 67.28 ปี มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด มีการศึกษาระดับต่ำกว่าถึงประถมศึกษา

ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในระดับไม่เกิน 5,000 บาท ส่วนใหญ่เพียงพอไม่เหลือเก็บ มีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 7.58 ปี มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคอ้วน โรคไตเสื่อม ภาวะไขมันในเลือดสูงส่วนมากออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วิธียออกกำลังกายด้วยแกว่งแขน โดยออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้งมากที่สุด ส่วนมากทำงานโดยใช้แรงงาน และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายระหว่าง 18.51 – 22.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมากที่สุด กลุ่มเพศหญิงมีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรมากที่สุดร้อยละ 61.67 เพศชายมีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 81.67 มีความดันเฉลี่ยซิสโตลิก 138.98 มิลลิเมตรปรอทอยู่ระหว่าง 119 – 150 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 83.31 มิลลิเมตร อยู่ระหว่าง 70 - 90 มิลลิเมตรปรอท แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	46.67
หญิง	32	53.33
อายุ (ปี) $\bar{X} = 67.28, SD = 4.592$		
60 - 68	28	46.67
69 - 75	32	53.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	44	73.33
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	16	26.67
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าถึงประถมศึกษา	50	83.33
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10	16.67
อาชีพ		
เกษตรกร	18	30.00
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	27	45.00
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	25.00
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	30	50.00
5,001-10,000 บาท	15	25.00
≥ 10,001 บาท	15	25.00
ความพอเพียงของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	13	21.67
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	26	43.33
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	12	20.00
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ระดับการศึกษา	9	15.00
มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	12	20.00
มี	48	80.00
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
$\bar{X} = 7.58, SD = 3.082$		
2-4	13	21.67
5-7	16	26.67
8-10	26	43.33
มากกว่า 10	5	8.33
มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย		
ไม่มี	31	51.67
มี ได้แก่ โรคอ้วน ไตเสื่อม ภาวะไขมันในเลือดสูง	29	48.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
การออกกำลังกายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน (ครั้ง/สัปดาห์)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	39	65.00
มากกว่า 3	21	35.00
ประเภทของการออกกำลังกาย		
เดินเร็ว/วิ่งเหยาะ	20	33.33
ถีบจักรยาน	11	18.33
แกว่งแขน	29	48.34
ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (นาที/ครั้ง)		
น้อยกว่า 15	4	6.67
มากกว่าหรือเท่ากับ 15	56	93.33
ลักษณะการทำงาน		
ใช้แรงงานน้อย	5	8.33
ใช้แรงงานกลางและมาก	55	91.67
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเป็นโรค		
ความดันโลหิตสูง*		
การบริโภคอาหาร		
ได้รับคำแนะนำ	58	96.67
ไม่ได้รับคำแนะนำ	2	3.33
การออกกำลังกาย		
ได้รับคำแนะนำ	55	91.67
ไม่ได้รับคำแนะนำ	5	8.33
การออกกำลังกาย		
ได้รับคำแนะนำ	55	55
ไม่ได้รับคำแนะนำ	5	5
การรับประทานยา		
ได้รับคำแนะนำ	59	98.33
ไม่ได้รับคำแนะนำ	1	1.67
การดูแลตนเองเมื่อความดันโลหิตสูง		
ได้รับคำแนะนำ	42	70.00
ไม่ได้รับคำแนะนำ มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย	18	30.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=60)	ร้อยละ
ข้อมูลทางคลินิก		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) $\bar{X}$ = 23.56, SD = 2.794		
≤ 18.50	1	1.67
18.51-22.99	24	40.00
23.00-24.99	18	30.00
≥ 25.00	17	28.33
รอบเอว (เซนติเมตร)		
$\bar{X}$ = 82.36, SD = 7.431		
หญิง ≤ 80	23	38.33
> 80	37	61.67
ชาย ≤ 90	49	81.67
> 90	11	18.33
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		
$\bar{X}$ = 138.98, SD = 13.270		
น้อยกว่า 140	43	71.67
140-159	14	23.33
มากกว่า 160	3	5.00
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)		
$\bar{X}$ = 83.31, SD = 3.854		
น้อยกว่า 90	58	96.67
90 - 99	2	3.33
มากกว่า 100	0	0.00

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.07) หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.73) และเมื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง(n=60)			หลังการทดลอง(n=60)			Paired t-test	p
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.22	0.120	ปานกลาง	3.81	0.128	สูง	-30.040	0.000***
ด้านการออกกำลังกาย	2.68	0.393	ปานกลาง	3.69	0.307	สูง	-15.094	0.000***
ด้านการรับประทานยา	3.31	0.386	ปานกลาง	3.68	0.350	สูง	-9.734	0.000***
พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม	3.07	0.225	ปานกลาง	3.73	0.141	สูง	-22.264	0.000***

*** P-value < .001

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) เท่ากับ 150.88 มิลลิเมตรปรอท มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) เท่ากับ 96.23 มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตบน เท่ากับ 138.98 มิลลิเมตรปรอท

มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่าง เท่ากับ 83.31 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ ความดันโลหิตช่วงบน/ความดันโลหิตช่วงล่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีชนิดไม่อิสระ

ภาวะสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n=60)		หลังการทดลอง (n=60)		t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure)	150.88	5.830	138.98	13.270	5.636	0.000***
ความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure)	96.23	3.318	83.31	3.854	20.679	0.000***

*** P-value < .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

หลอดเลือดสมอง รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และรับรู้ถึงสมรรถนะของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความสำเร็จด้านผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมนี้ได้แก่การมีกิจกรรมที่หลากหลายและต่อเนื่อง เริ่มจากการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตจากสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นคุณค่าของข้อมูลด้านวิชาการที่ผู้วิจัยได้จัดเป็นกิจกรรมให้ นอกจากนี้ยังมีการเสริมพลังจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวอย่างทั้งเชิงลบและเชิงบวก และมีการติดตามที่ใกล้ชิดจากอสม. ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษานี้ ที่สำคัญที่สุดคือกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาทักษะหลายๆ ด้านจนทำให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา ที่ให้ผลเชิงบวกด้านความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย⁷⁻¹⁰ งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้นำไปใช้ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ มีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง แตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่ผู้วิจัยศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการนำโปรแกรมไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิหน่วยเดียวและมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่คล้ายกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาไว้ โดยอาจส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่างเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป มีการศึกษาได้รายงานว่าระดับความดันซิสโตลิกที่สูงขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิกที่สูงขึ้นทุก 5 มิลลิเมตรปรอทจากระดับปกติ และภาวะความดันโลหิตสูงในระยะยาว ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40¹¹ ดังนั้นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนา ที่สามารถทำให้ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างลดลง น่าจะเป็นโปรแกรมหนึ่งที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ ในปัจจุบันมีการศึกษาต่างๆ ที่มุ่งเป้าไปยังการลดระดับความดันโลหิต ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในแต่ละด้าน เพื่อผลลัพธ์ที่สำคัญคือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางต่าง ๆ ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันเช่น การใช้ระบบออนไลน์ เพื่อติดต่อและติดตามกลุ่มตัวอย่าง¹²⁻¹⁴ แต่ทั้งนี้ปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมียาหลายปัจจัยได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย และ อายุที่มากขึ้น ดังนั้นจากการวิจัยการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมจากระดับความดันโลหิตที่ลดลงภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมเพียง 12 สัปดาห์ ยังไม่สามารถวัดระดับความสำเร็จของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยจะพัฒนาโปรแกรมที่สามารถลดปัจจัยด้านอื่นๆ เพื่อหวังผลให้สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินผลเป็นระยะในช่วง 6 9 และ 12 เดือนตลอดจนติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งนี้เพื่อคุณผลลัพท์ในระยะยาว

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรักษา และมีส่วนร่วมในการรักษา รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการปรึกษา เช่น ปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์มือถือไลน์แอปพลิเคชัน 텔레เมดิซีน ที่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา

3. สามารถนำโปรแกรมฯไปใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต ในไปพื้นที่อื่นๆได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. WSO annual report 2013: Administrative Office Geneva; 2017.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อนนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2563
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://lpg.hdc.moph.go.th>
4. ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล, พชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31 (ฉบับพิเศษ): 58-74.

5. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมักร, สิริพร ชัยทอง. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):25-35.
6. Rogers, R.W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), Social Psychophysiology. New York: Guilford Press;1983.
7. ปานใจ กันยะมี. “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง”.วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2557; 26(2):14-25.
8. ชลธิรา กาวไธสง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา.ศรีนครินทร์เวชสาร. 2557; 29(3): 295-303.
9. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิณ จันทขัมมา และมุกดา หนูศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):528-538.
10. เยาวดี ศรีสถาน. ผลของพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565; (1);36-45.

11. พีระ บุรณะกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูง
ปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ :หมอชาวบ้าน; 2557.
12. Spassova, L. et al. "Randomised controlled trial to
evaluate the efficacy and usability of a
computerized phone-based lifestyle coaching
system for primary and secondary prevention of
stroke". BioMed Central Neurology. 2016;16(6):1-9.
13. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม
ราชูปถัมภ์. DASH Diet. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง
เมื่อ 20 มิ.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก:[https://
www.thaiheartfound.org/Article/Detail/
140133](https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140133)
14. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวช
ปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพริ
นติ้ง: 2558.

ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

Factors Affecting Glycemic Control Behaviors among Diabetes Mellitus
Patients at Ban-nongmeunchai Tambon Health Promoting hospital,
Thungsaliang District, Sukhothai Province.

สายพิน ศิรินวล^{1*}, รุ่งทิพย์ พันธุ์โขง², นัฐวรรณ ฮ่อธิวงศ์³
Saipin Sirinual^{1*}, Rungthip Pankong², Nuttawan Hothiwong³

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย¹, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย^{2,3}
Thungsaliang District Public Health Office Sukhothai Province¹,
Ban-nongmeunchai Tambon Health Promoting Hospital^{2,3}

¹ Corresponding author, Email : saipinpachara@gmail.com

(Revised: July 26, 2023; Revised: August 18, 2023; Accepted: August 29, 2023)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประชากรไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไปและการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analysis Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ Pearson (Pearson Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Enter Multiple regression)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ($r=0.175$, $p\text{-value}=0.04$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม ($r=0.483$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ ($r=0.291$, $p\text{-value}=0.002$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($r=0.229$, $p\text{-value}<0.01$) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ ($r=0.465$, $p\text{-value}<0.001$) และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($r=0.604$, $p\text{-value}<0.001$) และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ร้อยละ 66.0 ($R^2=0.660$, $\text{Adj. } R^2=0.660$, $F=25.84$, $\text{Sig.}<0.001$)

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a major health problem of Thai people, affecting quality of life in physical, mental, social and economic aspects. Nowadays, there are still diabetes patients, who are inability to control blood sugar due to lack of knowledge and understanding of self-care. This cross sectional analysis research aimed to study factors affecting glycemic control behaviors among non-insulin dependent diabetic patients in Nong-Meunchai district hospital. 100 participants were selected by using simple random sampling. Data were collected by questionnaires which developed by the researcher, validated for IOC by 3 experts, reliability = 0.84, analyzed by frequency, percentage, mean, standard division, Pearson Product Moment Correlation and multiple regression(enter).

The results revealed that the factors related to glycemic control behaviors among non-insulin dependent diabetic patients significantly at 0.05 were social support in terms of acceptance ($r=0.175$, $p\text{-value}=0.04$), social support in terms of participation ($r=0.483$, $p\text{-value}<0.001$), social support in terms of financial ($r=0.291$, $p\text{-value}=0.002$), social support in terms of information ($r=0.229$, $p\text{-value}<0.01$), self-efficacy in practice ($r=0.465$, $p\text{-value}<0.001$) and perceiving outcome in practice ($r=0.604$, $p\text{-value}<0.001$) and found that factors affecting the glycemic control behaviors among diabetic patients significantly at the 0.05 level were social support in terms of emotion support, social support in terms of acceptance, social support in terms of participation, self-efficacy in practice, perceived outcome expectations of practice and

social support in terms of financial, which could predict glycemic control behaviors among non-insulin independent diabetic mellitus patients for 66.0% ($R^2=0.660$, Adj. $R^2=0.660$, $F=25.84$, Sig. <0.001).

Keywords: Diabetes mellitus, glycemic control behaviors, non-insulin dependent diabetic patients

บทนำ

โรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขมาอย่างยาวนานและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปี 2556 จำนวนกว่า 97,900 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและ โรคมะเร็ง รวมกันมากถึงร้อยละ 60^(1,2) ซึ่งนับว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชนไทยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จนอาจทำให้ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ มีความพิการ มีโอกาสกำเริบและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการตามมาเช่น แผลเรื้อรัง ตับขาด แผลกดทับและบางรายอาจต้องดูแลไปตลอดชีวิต ซึ่งต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลานานที่ต้องเป็นภาระการดูแลรักษา เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และทางร่างกาย ซึ่งนับเป็นความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติด้วย

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ตามมา ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ สูญเสียรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการแสวงหาการรักษาพยาบาล อาจทำให้สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพ แต่หากมีการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดี มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ใชยาตามที่แพทย์แนะนำ สภาวะอารมณ์และจิตใจที่ดี สามารถปรับตัวเข้ากับตัวโรคได้อย่างเหมาะสมจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานลดอัตราการตายและการพิการก่อนวัยอันควรได้รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว การเอาใจใส่ดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ การให้กำลังใจที่ดีของคนรอบข้างจึงมีส่วนสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานในการที่จะดูแลตัวเองเพื่อที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานยังคงคุกคามสุขภาพของมนุษย์โดยคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 380 ล้านคน โดยประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2558-2562 มากถึง 802,087 คน 840,489 คน 876,970 คน 941,226 คน และ 1,002,310 คน ตามลำดับ⁽³⁾ จากการศึกษารายงานสุขภาพของคนไทย พบว่า ในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ถึงร้อยละ 81.9⁽⁴⁾ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแล

สุขภาพตนเอง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน หรือควบคุมโรคได้ไม่ดี ยิ่งทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา

สำหรับจังหวัดสุโขทัย⁽⁵⁾ ปี พ.ศ. 2561 – ปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 34,721 ราย, 35,897 รายและ37,084 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33, 8.40 และ 8.61 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด ส่วนในอำเภอทุ่งเสลี่ยม⁽⁶⁾ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 2,868 ราย, 2,967 ราย และ 2,959 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.24, 8.47 และ 8.37 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสลี่ยม มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 100 ราย, 113 ราย และ 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.28, 4.49 และ 4.57 ตามลำดับเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น และยังมีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 36 ราย, 44 ราย และ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 36, 38.94 และ 43.59 ตามลำดับ⁽⁵⁾

จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้อยู่ที่การรักษาให้หายขาด แต่เป็นการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ แต่สถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสลี่ยม

จังหวัดสุโขทัย เริ่มมีสภาพของชุมชนเป็นลักษณะสังคมกึ่งเมืองมากขึ้น ทำให้ปัจจุบันประชาชนคนบ้านหนองหมื่นชัยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ตามสภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร การทำงานที่เร่งรีบ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอเท่าที่ควร การออกกำลังกายที่ลดลงเพราะต้องดิ้นรนหารายได้ ตลอดจนลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนก็เริ่มเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทรให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็เริ่มเปลี่ยนแปลงสู่การแข่งขันเพื่อการประกอบอาชีพและหารายได้เลี้ยงครอบครัวตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ยังมีปัญหาในเรื่องของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้⁽⁵⁾

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เพื่อใช้ผลการวิจัยที่ได้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและนำไปสู่การดำเนินการดูแลรักษาเพื่อแก้ปัญหาได้ตรงจุด นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ตรงตามเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงลดการพิการทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2564

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมี

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 120 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel (2010)⁽⁷⁾ โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \infty/2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2 \infty/2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 120 คน

$Z^2 \infty/2$ = ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

d = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม = 0.05

P = ค่าระดับความสัมพันธ์ของปัญหา = 0.50

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{(1.96)^2(0.50)(1-0.50)(120)}{(0.05)^2(120-1) + (1.96)^2(0.50)(1-0.50)}$$

$$n = 91.61$$

และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูล และป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 คน

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอกู่เหล็ก จังหวัดสุโขทัย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วย 120 คน สุ่มให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือ 100 คน

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ดหรือยาฉีดอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดีไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาท
3. มีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งการพูด การฟัง และสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เต็มใจในการให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหมื่นชัย ตำบลไทยชนะศึก อำเภอกู่เหล็ก จังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้าง

ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เติมข้อความ (Open-ended Questions) จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม เพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามแบ่งเป็น 5 ด้าน มีทั้งสิ้น 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง และมั่นใจน้อย โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม เพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ด้าน มีทั้งสิ้น 16 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert มีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบตามสภาพที่ปฏิบัติจริงเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีทั้งสิ้น 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ความ

ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) แล้วนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นรายข้อ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยเลือกคำถามที่มีค่าดัชนีมีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50-1.00 มาพิจารณาเป็นข้อคำถาม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสามหลัง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดสุโขทัย ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานใกล้เคียงและมีพื้นที่ติดต่อกัน แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 30 ชุด โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

3. นำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงจนสมบูรณ์แล้วไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา พร้อมขอความร่วมมือในการศึกษา

2. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. คำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นคู่ ๆ ของตัวแปรปัจจัยด้านประชากร การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สหสัมพันธ์แบบ Pearson (Pearson Product Moment Correlation)
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Enter Multiple regression)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ 86/2020

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามอายุ มีอายุเฉลี่ย 60.69 โดยมีอายุน้อยสุด 32 ปี และมีอายุสูงสุด 84 ปี เมื่อจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,874.592 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 1,500 บาท และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สูงสุด 20,000 บาท เมื่อจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 6.674 ปี โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานต่ำสุด 1 ปี และมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานสูงสุด 30 ปี

ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.11, SD = 0.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ($\bar{X} = 2.36, SD = 0.29$) รองลงมาคือแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.28, SD = 0.29$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ($\bar{X} = 1.75, SD = 0.30$)

ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับการรับรู้ความสามารถของตน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.96, SD = 0.22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ ($\bar{X} = 2.09, SD = 0.23$) มีค่าเท่ากับด้านการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($\bar{X} = 1.84, SD = 0.21$)

ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.08, SD = 0.29$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการควบคุมอารมณ์และความเครียด ($\bar{X} = 2.28, SD = 0.36$) รองลงมาคือด้านงดสูบบุหรี่และละหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X} = 2.24, SD = 0.45$) และและด้านที่มี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 1.68, SD = 0.26$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด ($r = 0.604, p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.483, p\text{-value} < 0.001$), แรงสนับสนุนด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.465, p\text{-value} < 0.001$), แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.291, p\text{-value} = 0.003$), แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.229, p\text{-value} = 0.02$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.175, p\text{-value} = 0.04$) ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เมื่อใช้ตัวแปรในปัจจัยด้านประชากร 3 ตัวแปร ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 5 ตัวแปร ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2 ตัวแปร เป็นตัวแปรพยากรณ์ และ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านประชากร 3 ตัวแปร ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ตัวแปร ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2 ตัวแปร กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 25.84, P = .00$) มีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.81 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 10 ตัว ร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ร้อยละ 66 ($R^2 = .66$) โดยตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($\beta = -.396, p = .000$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ($\beta = -.353, p = .000$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม ($\beta = .416, p = .000$) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ ($\beta = .358, p = .000$) การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($\beta = .537, p = .000$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ ($\beta = .266, p = .004$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ		t	p-value
	b	β		
อายุ	00.045	0.098	0.905	0.368
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		0.069	0.662	0.510
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	-0.030	-0.036	-0.332	0.741
ด้านอารมณ์	-1.228	-0.396	-5.098	0.000
ด้านการยอมรับ	-1.066	-0.353	-4.297	0.000
ด้านการมีส่วนร่วม	1.261	0.416	5.188	0.000
ด้านการเงิน สิ่งของ	0.831	0.266	2.985	0.004
ด้านข้อมูลข่าวสาร	-0.138	-0.027	-0.401	0.689
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ	1.078	0.358	4.568	0.000
การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	1.778	0.537	6.970	0.000
$R = 0.81 \quad R^2 = 0.66 \quad SE_{est} = 3.31 \quad F = 25.84 \quad p\text{-value} = 0.000$				

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แรงสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติและแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.08$, $SD=0.29$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ไม่ค่อยมีความเปลี่ยนแปลงของอาการ ประกอบกับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 60.69 ปีซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จึงอาจขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง และอาจไม่เคร่งครัดในเรื่องการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยา ทำให้

มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักษณะ พงษ์ภุมมาและคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชุมชนตำบลบางกรวย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธรรมนูญพร วิชัยและคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในบ้านคำนารวย ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.88 ± 8.04 ในขณะที่ผลการศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนาและคณะ⁽¹⁰⁾ รวมถึงการศึกษาของ กุสุมา กังหลี⁽¹¹⁾ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ด้านการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($r=0.483$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ ($r=0.291$,

p-value < 0.005) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล ทั้งทางด้านการเดินทางเข้ารับการรักษา อุปกรณ์ทำแผลกรณีที่มีแผล และการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนทางการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน มีความร่วมมือช่วยเหลือกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรดา ชื่นวัฒนา และคณะ⁽¹⁰⁾ รวมถึง ณาเดีย หะยีปะจิ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ ($r=0.465$, p-value < 0.001) และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($r=0.604$, p-value < 0.001) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ และความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ทำให้สามารถกระทำพฤติกรรมได้อย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก ก็จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่สมดุลกับสุขภาพ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลใน

เลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ซึ่งความคาดหวังนี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญ วุฒิสเสลา⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร พบว่าการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการ ปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($\beta = -0.396$, p-value = 0.000) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ ($\beta = -0.353$, p-value = 0.000) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม ($\beta = 0.416$, p-value = 0.000) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินสิ่งของ ($\beta = 0.266$, p-value = 0.004) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ ($\beta = 0.358$, p-value = 0.000) และการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ($\beta = 0.537$, p-value = 0.000) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง หมายถึงการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลต่อการสนับสนุนของคนอื่นๆ ในเครือข่ายสังคมของตน เช่น พ่อแม่ เพื่อน เครือญาติ รวมไปถึงอาสาสมัคร องค์กร หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อ

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับมากตามไปด้วยการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความมั่นใจในความคาดหวังผลลัพธ์ของการปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาก ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอดคุณ พันธการ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้แรงสนับสนุน ทางสังคม ได้แก่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน แรงงาน และ สิ่งของ และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนใน จังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ควรนำไปใช้เป็นข้อมูลในการสร้างแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการส่งเสริมและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะในด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ด้านการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการเงินสิ่งของ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนสร้างการรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปรับรูปแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เน้นการรับรู้ความสามารถของตน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับเขต ระดับประเทศ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชนต่อไป
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อความต่อเนื่องของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2559. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCD พ.ศ.2562 เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [อินเทอร์เน็ต]. ต.ค.2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ.

- 2566]; เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mediadetail.php?id=13865&tid=1-015-005%22>
4. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ. นนทบุรี: 2552.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. รายงานประจำปีงบประมาณ 2563. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2563.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม. รายงานประจำปีงบประมาณ 2563. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม; 2563.
7. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
8. ลักษณะ พงษ์ภุมมา และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมือ จังหวัดชลบุรี. วารสาร มฉก.วิชาการ ปีที่ 20 ฉบับที่ 40 มกราคม - มิถุนายน 2560. 2560.
9. ธรรมนูญพร วิชัย และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบ้าน คำนางรวาย ตำบลค้ำน้ำแซบ อำเภอลำปาง จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 วันที่ 26 - 27 กรกฎาคม 2560.
10. วรณรา ชื่นวัฒนา และคณะ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2557.
11. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (ก.ย. - ธ.ค.) 2557.
12. ฉาเตีย หะยีปะจิ และ พิสิษฐ์ พวยพุ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตาม ระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์ เทศบาลนครเชียงราย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562.
13. อรทัย วุฒิสเลา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2553.
14. เทอดคุณ พันธการ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2552

ประเมินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สู่การปฏิบัติของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
Evaluation of surveillance Prevention and Controlling measures for
Coronavirus Disease 2019 into the practice of Health Center 3
Nakhonsawan personnel

จิตติภา ขุมเพชร^{1*}, พรทิพย์ โชคทวีพานิชย์², นพวรรณ ศรีชมภู³
Jitnipa Khumphet^{1*}, Porntip Choketaweeapanich ², Noppawan Srichomphu ³

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย^{1,2,3}
Reginal Health Promotion Center 3 Nakhonsawan^{1,2,3}

¹ Corresponding author, Email : jitnipa4882@gmail.com

(Revised: July 17, 2023; Revised: August 28, 2023; Accepted: September 18, 2023)

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร โดยนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงจากแอปพลิเคชัน Thai Save Thai (TST) และการสัมภาษณ์เชิงลึกมาใช้ในการดำเนินงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดและการปฏิบัติตามมาตรการ Distancing, Mask wearing, Hand washing, Temperature, Testing, Application (DMHTTA) ของบุคลากรศูนย์ฯ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ แจกแจงความถี่และร้อยละ ใช้สถิติทดสอบด้วย chi square และ Fisher's exact test ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ผลตาม CIPP Model

ผลการวิจัยพบว่า จากการประเมินความเสี่ยง TST พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงเพียง 1 ใน 200 คน มีอาการหายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก วิเคราะห์รายเดือนเปรียบเทียบมาตรการป้องกันความเสี่ยงระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่อยู่โรงพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่กลุ่มอื่น ๆ พบว่า ในเดือนที่ 1, 2, 4 และ 5 ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ยกเว้นเดือนที่ 3 ที่มีการเดินทางไปในที่ที่มีความเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.05$) การเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง ในเดือนที่ 3, 4 และ 5 กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 5 คนที่มีการใกล้ชิดมากกว่าครึ่งเมตร แต่มีการสวมหน้ากากปิดปากและจมูกถูกต้องตลอดเวลา ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันเป็นโควิด พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p= .01$ และ $.05$ ตามลำดับ) โดยมีการสัมผัสกับผู้ป่วย ในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 4 และพบผู้ที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อเป็นโควิด เป็นกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาล 1 คน

และ มีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงสูง เป็นกลุ่มตัวอย่างในสายสนับสนุน ติดเชื้อ 1 คน รวมมีผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด 2 ราย (ร้อยละ 0.63) แต่มีผู้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อทั้ง 2 ราย จำนวนทั้งหมด 9 คน ได้รับการตรวจ ATK ผลปกติ จึงสามารถยับยั้งการแพร่ระบาดได้ ซึ่งยืนยันจากผลประเมินพฤติกรรมในภาพรวมปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA ดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.91$, S.D=0.34) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมเมื่อไปยังสถานที่เสี่ยง ($\bar{X}=3.40$, S.D =1.19) รองลงมาคือ ระยะเวลาที่อยู่สถานที่เสี่ยง ($\bar{X}=3.17$, S.D =1.14)

สรุปข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและการปฏิบัติตามมาตรการเป็นอย่างดี ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดได้ แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานมีมาตรการและกำกับติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019, การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง, การป้องกัน, ควบคุมโรคติดต่อ

ABSTRACT

The epidemic of coronavirus 2019, the Health Center 3, Nakhonsawan has measures for surveillance and prevention of infection in personnel by using The Thai Save Thai application (TST) and in-depth interview. This research aims to assess the epidemic and compliance measures for DMHTTA:Distancing, Mask wearing, Hand washing, Temperature, Testing, Application. There were a sample of 200 people. Data were collected from May to September 2021. Data were analyzed with chi square and Fisher's exact test and CIPP Model.

The results showed only 1 in 200 at risk people had dyspnea chest pain. When comparing between hospital group and other groups, it was found in the 1st, 2nd, 4th and 5th month, the two groups performed no different. Except the 3rd month, there was a significant difference ($p=.05$) by travel to high-risk areas, 3 in 5 people with a closeness but with a mask covered all times. The history of contact with infected patients was significantly different ($p=.01$ and $.05$) with contact the patients at the 3th and the 4th month, and those with history of contact with a case of COVID. A person in a hospital group and a history of going to high-risk areas. There was 1 person in the support group were infected, in total 2 infected patients (0.63%). There were 9 people contacts with infected patients, all of them ATK tests is normal, the spread could be stopped. This was confirmed the behavior according the DMHTTA measure is a very good level ($\bar{X}=4.91$, S.D =0.342). The item with the highest mean was behavior when travelling to high-risk ($\bar{X}=3.40$, S.D =1.19), followed by the duration of stay in risky places ($\bar{X}=3.17$, S.D =1.14).

This research showed people cooperated and followed the measures well. There wasn't spread infection to other people. This shows workplace management and organize various systems related effectively.

Keywords: Coronavirus disease 2019, Surveillance and Prevention

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มมีการแพร่ระบาดในประเทศจีนตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อมีอาการไอ จาม จากการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนที่ป่วย และสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรคในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และได้แนะนำทุกประเทศเร่งรัดดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรค⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนเมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ.2563 และพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมาเป็นผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยวจากนั้นพบการระบาดที่เป็นกลุ่มใหญ่ รัฐบาลไทยประกาศให้โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เป็น โรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ. 2558 โรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2545รวมทั้งออกข้อกำหนด และข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงโดยเร็ว และป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรง มากขึ้น สถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ 28,889 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 26 ราย รักษาหาย 27,548 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ส่วนในจังหวัดนครสวรรค์ มีประชากรจำนวน 1,040,308 คน พบการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นในช่วงต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 โดยมีความ เชื่อมโยงในกลุ่มผู้สัมผัส

เสี่ยงสูง และบางรายเป็นผู้ติดเชื้อไม่ทราบสาเหตุ ในช่วงเทศกาลวันสงกรานต์พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ในวันที่ 12, 13 และ 14 เมษายน 2564 จำนวน 37,42 และ 26 รายตามลำดับ⁽²⁾ ทำให้ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เข้มงวดในการกำกับติดตามการเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อโดยยึดหลักมาตรการหลัก Distancing, Mask wearing, Hand washing, Temperature, Testing, Application (DMHTTA) ประเมินตนเองในแอปพลิเคชันไทยเซฟไทย (THAI SAVE THAI) เพื่อให้เป็น “สถานที่ทำงานปลอดภัย ไร้โควิด” การจัดการเบื้องต้นโดยยึดหลัก Social Distancing ระงับการเดินทางหรืองดการเดินทางไปต่างประเทศ และจังหวัดที่มีการระบาดหนักปฏิบัติตามมาตรการของนครสวรรค์และงดการจัดประชุมทุกประเภท อันเป็นการรวมคนหมู่มาก ยกเว้นกรณีเร่งด่วน หรือมีการปรับวิธีการดำเนินการการประชุมทางออนไลน์ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องประเมินผลอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 3
2. เพื่อประเมินผลการใช้มาตรการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขอบเขตของการวิจัย

การประเมินมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่การปฏิบัติในบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน
พ.ศ. 2564

ประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ศึกษา บุคลากรในศูนย์
อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ทั้งหมด 320 คน โดย
ประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงาน
ราชการพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและ
พนักงานจ้างเหมาบริการ

2) กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง
กรณีประชากรมีจำนวนแน่นอน (Finite population)
โดยใช้สูตร $n = N / 1 + Ne^2$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05

ดังนั้น ประชากร 320 คน ($n=177$ คนเพื่อป้องกันการ
การออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการ
การศึกษาจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 คิดเป็น
23 คนรวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 200 คน)

3) วิธีการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
อย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่ม
จากสมาชิกทุกหน่วยให้มีโอกาสอย่างเท่าเทียมเป็น
อิสระจากกัน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดย
สมัครใจ 200 คน ประกอบด้วย บุคลากรจากกลุ่ม
งานต่าง ๆ 187 คน บุคลากรที่ติดเชื้อ, ผู้สัมผัสผู้ติด
เชื้อ และผู้แทนคณะทำงานเฝ้าระวัง ป้องกันและ
ควบคุมโรคฯ 13 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแอปพลิเคชัน Thai Save Thai (TST) ของกรมอนามัย เพื่อใช้ประเมิน
ความเสี่ยงด้วยตนเองในสถานการณ์ ที่มี
โคโรนาระบาด เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนพฤษภาคมถึง
กันยายน พ.ศ. 2564 ทุกวันที่ 25 ของเดือน และต้อง
เป็นข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)
โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่พบประวัติการสัมผัสผู้ติด
เชื้อ ให้บริการในคลินิกที่มีความเสี่ยงสูง และ
คณะทำงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่
ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 คน
ในช่วงเดือนกันยายน 2564 โดยใช้แบบสัมภาษณ์
เชิงลึก (In-depth Interview) นำข้อมูลมาวิเคราะห์
เนื้อหา และนำเสนอผลการวิจัยด้วยการบรรยาย
เชิงพรรณนา

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจาก
แอปพลิเคชัน Thai Save Thai (TST) ซึ่งจัดทำโดย
กรมอนามัย หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำ
แบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่
ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วย
หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์เพื่อหา
ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม
(Reliability) แบบ Cronbach's Alpha ได้ค่าความ
เที่ยงหรือความความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม
เท่ากับ 0.7

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย 3
ส่วนข้อคำถาม 10 ข้อโดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเป็น
คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้สามารถเข้าใจวิถีชีวิตปฏิบัติของบุคลากรในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงข้อคำถามต่าง ๆ ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ (Percentage) และใช้สถิติทดสอบด้วย Chi square χ^2 และ Fisher's exact test

2. การวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการของ CIPP Model สำหรับวิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามมาตรการในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เขียนเรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่านโดยไม่ดัดแปลงข้อมูล จัดทำเป็นชุดข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หากเนื้อหาสาระไม่ตรงสามารถแก้ไขข้อมูลให้ตรงกับประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย จากนั้นจึงนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ของข้อมูลที่มีความหมายให้เป็นไปตามเป้าหมายตรงประเด็นเนื้อหาสาระสำคัญแล้วสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาอธิบายเสริมข้อมูลเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดนครสวรรค์เลขที่รับรองที่ NSWPHOEC-006/64 วันที่เริ่มอนุมัติ 7 เมษายน 2564 ถึง 6 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89 มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ($\bar{X}=4.93$ S.D = 9.71) และแยกตามลักษณะกลุ่มงาน อยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 56.6 และกลุ่มงานสายวิชาการและสายสนับสนุน ร้อยละ 43.4

2. การประเมินพฤติกรรมตามการปฏิบัติตามมาตรการและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแอปพลิเคชันไทยเซฟไทย ดังนี้

2.1 ประเมินอาการเสี่ยง พบว่า ร้อยละ 96 ขึ้นไป ไม่พบความเสี่ยง แต่มีพบอาการ ใช้ไอน้ำมูกเจ็บคอ คอแห้ง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ท้องเสีย ตาแดงผื่นขึ้น มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงเล็กน้อย และพบเพียง 8 คน ในเดือนที่ 3 และ 4 พบหายใจลำบาก/เร็ว เจ็บแน่นหน้าอก เสียความสามารถในการพูด/เคลื่อนไหวเพียง 1 คน ในเดือนที่ 3

2.2 ประเมินสถานที่เสี่ยง (สถานที่ที่มีคนแออัด, มีอากาศไม่ถ่ายเท, ที่แจ้งว่ามีผู้ป่วยโควิด) และพฤติกรรมเสี่ยง (ไม่สวมหน้ากาก พูดคุยเสียงดัง) พบว่ากลุ่มตัวอย่างไปสถานที่เสี่ยงสูง (ระดับสี่สีส้ม) ในเดือนที่ 1 และ 2 ร้อยละ 44.5 และ 54.5 ตามลำดับ ส่วนในเดือนที่ 3, 4, และ 5 ไปในสถานที่เสี่ยงสูงขึ้นเป็นร้อยละ 53.5, 61.5 และ 61.0 ตามลำดับเนื่องจากเป็นช่วงที่มีการรณรงค์ฉีดวัคซีนแต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติและป้องกันได้ดี มีเพียงกลุ่มน้อยที่ละเลยมาตรการ โดยเรียงลำดับจากเดือนที่ 1 – 5 พบร้อยละ 21, 15, 13, 12 และ 15.5 ตามลำดับ

2.3 ประเมินความเสี่ยง กรณีมีผลการตรวจเชื้อหรือมีข้อมูลการวินิจฉัย พบว่าบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์พบการติดเชื้อเพียง 2 คนคือเดือนที่ 3 พบผู้ติดเชื้อ 1 คน และเดือนที่ 4 พบติดเชื้อเพิ่ม 1 คน มีพฤติกรรมไม่ได้สวมหน้ากากขณะอยู่ในสถานที่เสี่ยง และมีพฤติกรรมที่ไม่ได้ล้างมือ

2.4 ประเมินความเสี่ยง กรณีการได้รับวัคซีนการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าบุคลากรส่วนมากร้อยละ 87.5 – 89.5 ได้รับการฉีดวัคซีน ป้องกันโควิด มีเพียงร้อยละ 10.5-12.5 ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด

2.5 บุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันเป็นโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.5 (5คน) เป็นผู้สัมผัสที่ 1 (สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันเป็นโควิด) และได้รับการตรวจว่าติดเชื้อใน

กลุ่มที่ไปสัมผัสวงที่ 1 ติดเชื้อร้อยละ 0.5 (ยืนยันการติดเชื้อ 1 คน) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไปสัมผัสในวงที่ 3 โดยผู้นั้นยังไม่ป่วยมี 4 คน และพบว่า มีการยืนยันการติดเชื้อ 1 คนรวมพบบุคลากรที่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 0.63 (2 คน)

2.6 เปรียบเทียบมาตรการป้องกันความเสี่ยงระหว่างบุคลากรกลุ่มโรงพยาบาลกับบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ พบว่า การอยู่อาศัยหรือเดินทางไปในจังหวัด/พื้นที่ที่มีระดับความเสี่ยงพบว่าการปฏิบัติทั้งสองกลุ่มส่วนมากมีการปฏิบัติแทบไม่แตกต่างกันคือ มีการเดินทางไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง ยกเว้นเดือนที่ 4 ที่มีการเดินทางไปในที่มีความเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งที่มีระดับความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบการอยู่อาศัยหรือเดินทางไปในจังหวัด/พื้นที่ที่มีระดับความเสี่ยงระหว่างบุคลากรกลุ่มโรงพยาบาลกับบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ

การอยู่อาศัยหรือเดินทางไปอยู่ใน จังหวัด/พื้นที่ที่มีระดับความเสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยง สูงสุด	P-Value
กลุ่มโรงพยาบาล (1) (N=113)	27.4	18.6	46.9	7.1	.618 ^a
กลุ่มอื่น ๆ (2) (N=87)	26.4	26.4	41.4	5.7	
รวม (N)	54	44	89	13	
เดือนที่ 2 กลุ่ม (1)	20.4	18.6	57.5	3.5	.233 ^b
กลุ่ม (2)	16.1	31.0	50.6	2.3	
รวม (N)	37	48	109	6	
เดือนที่ 3 กลุ่ม (1)	8.8	4.4	23.0	63.7	.341 ^a
กลุ่ม (2)	5.7	10.3	25.3	58.6	
รวม (N)	15	14	48	123	
เดือนที่ 4 กลุ่ม (1)	11.5	3.5	24.8	60.2	.013 ^a
กลุ่ม (2)	9.2	14.9	31.0	44.8	
รวม (N)	21	17	55	107	

การอยู่อาศัยหรือเดินทางไปอยู่ใน จังหวัด/พื้นที่ที่มีระดับความเสี่ยง	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยง สูงสุด	P-Value
เดือนที่ 5 กลุ่ม (1)	9.7	4.4	22.1	63.7	.177 ^a
กลุ่ม (2)	6.9	12.6	23.0	57.5	
รวม (N)	17	16	45	122	

a วิเคราะห์โดยใช้ Chi square Test b วิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact Test

2.7 การเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยงพบว่า บุคลากรทั้งสองกลุ่มส่วนมากมีการเว้นระยะอยู่ห่างมากกว่า 2 เมตร หรือไม่ได้ไปในสถานที่เสี่ยงแต่ก็ยังพบบุคลากรทั้งสองกลุ่มในเดือนที่ 3, 4 และ 5 จำนวน 3-5 คน (ร้อยละ 1.1-2.7) ที่มีการใกล้ชิดมาก หรือใกล้ชิดมากกว่าครึ่งเมตร ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบการเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยงระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลกับกลุ่มอื่น ๆ

การเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ใน สถานที่เสี่ยง	> 2 เมตร/ ไม่ไป	ระยะ 1-2 เมตร	≤ 1 เมตร	ใกล้ชิดมาก ≤ ครึ่งเมตร	P-Value
กลุ่มโรงพยาบาล (1) N=113	80.5	16.8	2.7	-	.215 ^b
กลุ่มอื่นๆ (2) N=87	70.1	26.4	3.4	-	
รวม (N)	152	42	6		
เดือนที่ 2 (1)	86.7	12.4	0.9	-	.520 ^b
(2)	80.5	18.4	1.1	-	
รวม (N)	168	30	2		
เดือนที่ 3 (1)	86.7	9.7	1.8	1.8	.356 ^b
(2)	78.2	17.2	3.4	1.1	
รวม (N)	166	26	5	3	
เดือนที่ 4 (1)	85.8	8.8	2.7	2.7	.268 ^b
(2)	75.9	16.1	5.7	2.3	
รวม (N)	136	24	8	5	
เดือนที่ 5 (1)	84.1	12.4	0.9	2.7	.199 ^b
(2)	78.2	19.5	2.3	0.0	
รวม (N)	163	31	3	3	

a วิเคราะห์โดยใช้ Chi square test b วิเคราะห์โดยใช้ Fish's exact test

2.8 ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
เป็นโควิด พบว่ามีสองเดือนที่พบความแตกต่างการ
สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการเป็นโควิดคือเดือนที่ 3 และ

เดือนที่ 5 พบความแตกต่างอย่างมีระดับสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01และ .05 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันเป็นโควิดระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลกับกลุ่มอื่น ๆ

ประวัติสัมผัสกับผู้ป่วย ยืนยันเป็นโควิด	สัมผัส ครั้งที่ 1	สัมผัส ครั้งที่ 2	สัมผัส ครั้งที่ 3	ไม่สัมผัส	P-Value
กลุ่มโรงพยาบาล (1) N=113	0	0.0	0	100.0	.435 ^b
กลุ่มอื่นๆ (2) N=87	0	1.4	0	98.6	
รวม (N)	0	1	0	199	
เดือนที่ 2 (1)	0	0	0	100.0	-
(2)	0	0	0	100.0	
รวม (N)				200	
เดือนที่ 3 (1)	0.0	0	0.0	100.0	.003 ^b
(2)	6.9	0	1.1	92.0	
รวม (N)	6		1	193	
เดือนที่ 4 (1)	1.8	0	0	98.2	.407 ^b
(2)	4.6	0	0	95.4	
รวม (N)	6	0	0	194	
เดือนที่ 5 (1)	0.0	0	0.0	100.0	.034 ^b
(2)	3.5	0	1.1	95.4	
รวม (N)	3	0	1	196	

a วิเคราะห์โดยใช้ Chi square test b วิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test

2.9 การสวมหน้ากากขณะอยู่ในสถานที่
เสี่ยงพบว่า บุคลากรทั้งสองกลุ่มส่วนมากสวมหน้ากาก
ปิดปาก ปิดจมูก ถูกต้องตลอดเวลาแต่ก็ยังพบว่า

บุคลากรกลุ่มอื่น ๆ อยู่ 1- 3 คนที่ไม่สวมหน้ากาก ดัง
ตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบการสวมหน้ากากขณะอยู่ในสถานที่เสี่ยงระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลกับกลุ่มอื่น ๆ

การสวมหน้ากากขณะอยู่ใน สถานที่เสี่ยง	สวมถูกต้อง	สวมถูกต้อง แต่บางเวลา	สวมแต่ดึงไว้ได้ กางได้จุ่มบ่อยๆ	ไม่สวมเลย	P-Value
กลุ่มโรงพยาบาล (1) N=113	98.2	1.8	0	0	.655 ^b
กลุ่มอื่นๆ (2) N=87	96.6	3.4	0	0	
รวม (N)	195	5	0	0	

การสวมหน้ากากขณะอยู่ใน สถานที่เสี่ยง	สวมถูกต้อง	สวมถูกต้อง แต่บางเวลา	สวมแต่ดึงไว้ได้ คงได้จุกบ่อยๆ	ไม่สวมเลย	P-Value
เดือนที่ 2 (1)	94.7	5.3	0	0.0	.203 ^b
(2)	95.4	2.3	0	2.3	
รวม (N)	190	8	0	2	
เดือนที่ 3 (1)	96.5	3.5	0	0.0	.391 ^b
(2)	93.1	5.7	0	1.1	
รวม (N)	190	9	0	1	
เดือนที่ 4 (1)	97.3	2.7	0	0.0	.123 ^b
(2)	92.0	6.9	0	1.1	
รวม (N)	190	9	0	1	
เดือนที่ 5 (1)	95.6	4.4	0	0.0	.063 ^b
(2)	95.4	1.1	0	3.5	
รวม (N)	191	6	0	3	

a วิเคราะห์โดยใช้ Chi square test b วิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test

2.10 การล้างมือหลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ บ่อย ๆ ไม่แตกต่างกัน (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ)
พบว่าบุคลากรทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการล้างมือ ทั้ง 5 เดือน ดังตาราง 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบการล้างมือหลังสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ระหว่างบุคลากรกลุ่มโรงพยาบาลกับกลุ่มอื่น ๆ

การล้างมือหลังสัมผัส สิ่งต่าง ๆ	ล้างบ่อยๆ	ล้างบางครั้งใช้สบู่	ล้างบางครั้ง ไม่ใช้สบู่	ไม่ล้างเลย	P-Value
เดือนที่ 1					
กลุ่มโรงพยาบาล (1) N=113	92.0	7.1	0.9	-	.405 ^b
กลุ่มอื่นๆ (2) N=87	86.2	12.6	1.2	-	
รวม (N)	179	19	2		
เดือนที่ 2 (1)	91.2	7.1	0.9	0.9	.607 ^b
(2)	87.4	10.3	0.0	2.3	
รวม (N)	179	17	1	3	
เดือนที่ 3 (1)	92.9	7.1	0	0.0	.678 ^b
(2)	90.8	8.0	0	1.2	
รวม (N)	184	15	0	1	
เดือนที่ 4 (1)	92.0	8.0	0	0.0	.454 ^b
(2)	88.7	10.3	0	1.0	

การล้างมือหลังสัมผัส สิ่งต่าง ๆ	ล้างบ่อยๆ	ล้างบางครั้งใช้สบู่	ล้างบางครั้ง ไม่ใช้สบู่	ไม่ล้างเลย	P-Value
รวม (N)	181	18	0	1	
เดือนที่ 5 (1)	92.0	8.0	0	0.0	.101 ^b
(2)	85.1	11.5	0	3.4	
รวม (N)	178	19	0	3	

a วิเคราะห์โดยใช้ Chi square test b วิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่ม ตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูง 11 คน พบผลการสัมภาษณ์ ดังนี้

3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล และการรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง

1) Social Distance การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลพบพฤติกรรมที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม 1 กลุ่มตัวอย่าง 5 ใน 11 คน เห็นความสำคัญและปฏิบัติตัวได้ครบถ้วน ดังนี้

“เมื่ออยู่ในสถานที่เสี่ยง เช่น ตลาดนัด ก็ต้องพยายามเว้นระยะห่างให้ได้ 1-2 เมตร”

“ถ้าเว้นระยะ 1-2 เมตร ไม่ได้ต้องมีฉากกั้นเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

“หลีกเลี่ยง/ไม่ไปในสถานที่เสี่ยง ซึ่งไม่สามารถเว้นห่าง 1- 2 เมตร”

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 คน ให้ข้อมูล

“ยังจำเป็นต้องไปสถานที่เสี่ยง ที่ไม่สามารถเว้นระยะห่างได้ แต่ใช้มาตรการอื่นประกอบ เช่น ใส่หน้ากากอนามัย”

“บางครั้งไม่เคร่งครัดเมื่ออยู่กับเพื่อนสนิทหรือเพื่อนร่วมงาน”

“ยังมีความจำเป็นต้องไปในสถานที่เสี่ยง พยายามควบคุมเวลาให้มีระยะเวลาน้อยที่สุด”

กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 คน ไม่สามารถปฏิบัติตัวในการเว้นระยะได้อย่างเคร่งครัด แต่ใช้มาตรการอื่น ๆ เสริมมากกว่า 2 มาตรการขึ้นไปในแต่ สถานการณ์เช่น

“ยังมีการกินข้าวรวมกันโดยไม่รักษาระยะ”

“ไปสถานที่ที่มีคนเยอะ ๆ รักษา ระยะห่างไม่ได้ จะดูแล ตัวเอง ใช้มาตรการเสริมให้ครบอย่างน้อย 3 อย่าง เช่นสวมแมส ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ กลับถึง บ้านอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที”

3.2 Mask wearing การสวมหน้ากากจะช่วยให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

กลุ่มที่ 1 มี 3 ใน 4 คน ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ดังนี้

“สวมหน้ากากอนามัยได้ตลอด หรือเกือบตลอดเวลา ยกเว้นอยู่คนเดียว”

“สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อไปชุมชนที่บางครั้งพบเจอคนที่เราไม่รู้จัก”

“ถ้าไปพื้นที่เสี่ยงก็ควรเลือกหน้ากากที่คุณภาพดีหรือสวมสองชั้นหรือ N95 ที่ป้องกันได้ดีและไม่เปิดกินอะไรเลย เปิดเวลาล้างหน้า จะเปิดเมื่อรับประทานอาหาร แต่ต้องเว้นระยะห่างหรือไม่มีใครอยู่ใกล้ ๆ”

“ถ้าไปหาพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ จะไม่เปิดหน้ากากและรักษาระยะห่าง 2 เมตรอย่างเคร่งครัด”

กลุ่มที่ 2 มี 1 ใน 4 คน สวมหน้ากากอนามัยป้องกันการติดเชื้อได้บ้าง มีบางเวลาที่ไม่ได้เคร่งครัดมาก เช่น

“พอตัวเองติดเชื้อแบบไม่มีอาการรู้สึกมันไม่น่ากลัวอย่างที่เห็น ที่คนอื่นเป็น ทำให้ชะล่าใจ แต่ก็ทำในที่ชุมชนเช่น ห้างสรรพสินค้าที่มีคนหนาแน่น ไม่สวมหน้ากากก็ตอนกินข้าว ที่บ้านแทบไม่สวมเลย”

3.3 Hand washing พฤติกรรมการล้างมือที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้อย่างดี ถูกต้อง และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

3.4 Temperature มีการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าทำงานเป็นประจำทุกวัน เพียง 1 คนนอกนั้นวัดอุณหภูมิตามจุดที่หน่วยงานจัดไว้ให้ถ้ามีอาการเสี่ยงก็ไปพบเจ้าหน้าที่ และวัดที่จุดคัดกรองของโรงพยาบาล

3.5 Testing การตรวจ ATK เป็นวิธีที่ทำให้มีความมั่นใจมาก กลุ่มตัวอย่าง 10 ใน 11 คน มีการเฝ้าระวัง และตรวจคัดกรองโรคได้ด้วยตนเอง โดยใช้ ATK ตรวจด้วยตนเอง มีเพียง 1 คนที่ตรวจเดือนละครั้ง เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงจากการประเมิน ก็จะไปรับการสอบสวนและรับบริการตรวจ ATK

3.6 Application การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้วยการประเมินตนเอง ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรประเมินตนเอง เพื่อเฝ้าระวังเป็นประจำ เพราะตระหนักต่อตนเอง และรับผิดชอบต่อสังคม

ความคิดเห็นอื่น ๆ

เกี่ยวกับมาตรการของศูนย์อนามัยที่ 3 โดยข้อคิดเห็นส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA และศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์มีการเพิ่มมาตรการ และสื่อสารกระตุ้นเตือนให้บุคลากรเข้าใจ ตระหนักรับผิดชอบต่อตนเอง และสังคม รวมทั้งเพิ่มการบันทึกเฝ้าระวังความเสี่ยงฯ ด้วยตนเองทุกวัน โดยใช้ Application TST และเพิ่มมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัดเมื่อพบว่าตัวเองเสี่ยง หรือสัมผัสผู้ติดเชื้อให้รายงานหัวหน้างานและรายงานหัวหน้ากลุ่มงานคัดกรองโรคฯ เพื่อแยกกักตัวสังเกตอาการ 14 วัน จะลดการแพร่ระบาดของโรคได้ นอกจากนี้ยัง เข้มงวดมาตรการเกี่ยวกับสถานที่เสี่ยง โดยสื่อสารให้ทุกคน เพื่อความระมัดระวังในการป้องกันตนเอง เมื่อมีการเดินทางไปยังสถานที่ที่มีความเสี่ยง โดยการล้างมือ การรักษาระยะห่าง การใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่นั้นในระยะเวลาานาน ๆ ซึ่งจากการสัมภาษณ์บุคลากร 11 คนดังตัวอย่างเช่น

คนที่1 “ใส่หน้ากาก 2 ชั้นเว้นระยะห่างอย่างน้อย1เมตร”

คนที่2 “ไม่ไปคลุกคลีกับเค้า ไม่ไปจับต้องตัวเค้าพกเจลล้างมือตลอด ช่วยป้องกันแพร่กระจาย”

คนที่ 3 “เมื่อกลับจากสถานที่เสี่ยง เรามีเจลอยู่แล้วล้างมือด้วยเจล และอาบน้ำ ทันทีเมื่อถึงบ้าน”

คนที่ 4 “ปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อได้ รู้ว่าตัวเองเสี่ยง แจ้งหัวหน้าแจ้งผู้ร่วมงาน แจ้งคนในบ้านว่าเราเสี่ยงสูง”

คนที่ 5 “ถ้าสัมผัสผู้ติดเชื้อ กักตัวตลอดไม่ไปหาใครเลย”

คนที่ 6 “แยกจากคนในครอบครัว เช่นที่ล้างจานห้องน้ำ กักตัวครบ ผลตรวจเป็นลบในครั้งที่ 2 รู้สึก ผ่อนคลายและมาทำงานเหลือเวลา ทำแบบนี้ในหน่วยงานเดียวกันถ้าใครติดเชื้อก็จะไม่แพร่สู่คนอื่น” ซึ่งผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อจะมีการกักตัวต่อจนครบ 14 วันตรวจไม่พบเชื้อแล้ว ทำงานต่อที่บ้าน (WFH) อีก 14 วัน จึงมาทำงานในสำนักงาน ปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมกำบังการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรการ DMHTTA และมาตรการอื่นๆ ของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ อย่างเคร่งครัด หลังจากนั้นพบว่าไม่มีการแพร่ระบาดในที่ทำงาน

สำหรับบุคลากรที่ติดเชื้อ จำนวน 2 ราย ได้ทำการสอบสวนโรค พบว่า

รายที่ 1 ติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุมีอาการและสงสัยว่าติดเชื้อโควิด 2019 แต่จำเป็นต้องสัมผัสตัว เพื่อนำส่งโรงพยาบาล โดยตนเองสวมหน้ากากอนามัย แต่ผู้ป่วยไม่ได้สวมหน้ากาก หลังจากตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ จึงเข้ากักตัวในโรงพยาบาลและปฏิบัติตามที่มาตรการกำหนดให้ตรวจคัดกรองหลังสัมผัสผู้ติดเชื้อวันแรก หลังจากสัมผัสผู้ติดเชื้อวันที่ 7 ตรวจพบว่า มีการติดเชื้อ จึงกักตัวต่อจนครบ 14 วัน ตรวจไม่พบเชื้อแล้ว จึงกลับมาทำงานในสำนักงาน ปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมกำบังการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรการ DMHTTA และมาตรการอื่นๆ ของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ อย่างเคร่งครัด หลังจากนั้นพบว่าไม่มีการแพร่ระบาดในที่ทำงาน

รายที่ 2 มีการเดินทางไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เพื่อนำบุตรไปรับการผ่าตัด และไปอยู่ในจุดที่ตรวจโควิดของผู้รับบริการของโรงพยาบาล

นั้นเป็นเวลานาน หลังจากนั้น 3 วันอาการเจ็บคอปวดเมื่อยตามตัว พยายามสวมหน้ากากตลอดเวลา เข้าวันรุ่งขึ้น (เป็นวันที่ 4) ตรวจ ATK พบผลบวก ตรวจผู้ใกล้ชิดในครอบครัว รวมทั้งบุตรที่อยู่ในโรงพยาบาล พบผลปกติผู้ติดเชื้อจึงแยกกักตัวในโรงพยาบาลสนาม 14 วัน ส่วนผู้สัมผัสในครอบครัว 3 รายสัมผัสในที่ทำงาน 6 ราย ได้กักจนครบ 14 วันทั้ง 9 ราย ผลตรวจ ATK ปกติ

ผลการประเมินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคตามรูปแบบ CIPP Model สรุปโดยสังเขปได้ ดังนี้

1. ด้านปัจจัยแวดล้อม (Context: C) มีการกำหนดมาตรการป้องกันศูนย์อนามัยที่ 3 สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ แผนงาน โครงการที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input: I) มีการเตรียมการขับเคลื่อน กลไกการกำกับติดตาม ดังนี้ (1) ประกาศนโยบายกำหนดมาตรการ (2) แต่งตั้งคณะกรรมการและมอบหมายงาน (3) จัดทำโครงการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (4) สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการดำเนินการร้อยละร้อย

3. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ (Process: P) มีการออกแบบกระบวนการ/ มีแผนงานกิจกรรมในการดำเนินงานมาตรการยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมอนามัย, ศูนย์อนามัยที่ 3 และจังหวัดนครสวรรค์มีมาตรการกำหนดแนวทางการที่สามารถดำเนินการตามแผน และมาตรการกำหนดแนวทางการดูแลบุคลากรได้ ดังนี้ มีการสื่อสารในหน่วยงานและมีการสื่อสารไป ยังบุคลากร

จัดอบรมให้ความรู้, มีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก, มีการกำกับ ติดตาม แผนงาน การป้องกันโรค, และมีการนำข้อมูลสถานการณ์มาใช้ในการ เฝ้าระวัง

4. การประเมินผลผลิต (Product)

4.1 การปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA ระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับดีมากโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมเมื่อไปยังสถานที่เสี่ยงรองลงมา คือ ระยะเวลาที่อยู่สถานที่เสี่ยง และการปฏิบัติตัวที่ยังพบว่า ไม่ได้ตามมาตรการ DMHTTA คือการสวมหน้ากากพบว่า ยังมีการสวมหน้ากากในบางเวลาอยู่

4.2 ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเดือน พฤษภาคม- กันยายน 2564 เมื่อประเมินจากบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ทั้งหมด 320 คนเก็บข้อมูลเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2564 มีบุคลากรที่ติดเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ0.63)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ พบประเด็นสำคัญในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันเป็นโควิดพบว่า แตกต่างกันโดยมีการสัมผัสกับผู้ป่วยในเดือนที่ 3 และในเดือนที่ 4 มีนัยสำคัญที่ $p = .01$ และ $.05$ ตามลำดับ และยังมีการสวมหน้ากากอนามัยในบางเวลา ($\bar{X}=1.02$, $S.D = 0.15$) สอดคล้องกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง กรณีศึกษารายที่ 1 เมื่อมีความเร่งรีบ ในการนำญาติ ซึ่งมีอาการติดเชื้อส่งโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษานี้มีการสวมหน้ากากอนามัย แต่ผู้ติดเชื้อไม่สวมหน้ากากอนามัย และการ

สัมผัสผู้ติดเชื้อโดยตรงทั้งที่ไม่มีชุดหรืออุปกรณ์ป้องกันตนเองให้ครบถ้วน จึงทำให้ตรวจยืนยันแล้วพบการติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับ Adhikari SP, Guo T.^(3,4) ระบุว่าไวรัสโคโรนา2019 มีการติดต่อผ่านละอองฝอย น้ำลายน้ำมูก ที่กระเด็นออกจากตัวผู้ป่วยเป็นช่องทางหลักและยังแพร่ได้จากการขับออกทางอุจจาระ การขี้น้ำตาการสัมผัสใบหน้า ปาก ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสโคโรนาโดยเฉลี่ยมีระยะ 2 วัน (12ชั่วโมง -5วัน)

2. การเดินทางไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงมีนัยสำคัญของผู้ติดเชื้อ กรณีศึกษารายที่ 2 สอดคล้องกับ SWISS CHEESE MODEL

3. มาตรการในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ พบว่า การปฏิบัติตามมาตรการDMHTTA และมาตรการสนับสนุนอื่นๆ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.91$, $S.D = 0.342$) เมื่อเทียบกับเคียงกับงานวิจัยของ อภิชาติ อินทเจริญ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา⁽⁵⁾ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.89$, $S.D=0.32$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดคือการใช้หลายมาตรการเพื่อป้องกัน นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตัวที่ดี สอดคล้องกับงานศึกษาวิจัยของ วิญญู ทัศนศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=2.18$, $S.D=.50$) ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta=.313$, $p=.000$) ส่งผลให้บุคลากรและผู้

สัมผัสเชื้อไม่ติดเชื้อ และไม่มีการแพร่กระจายเชื้อ ในหน่วยงาน ดังเช่นกรณีศึกษาทั้ง 2 รายในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์มีการติดเชื้อจากภายนอกหน่วยงาน และมีผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อ 6 คน แต่ทั้ง 6 คน ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ สอดคล้องกับผลประเมินพฤติกรรมในภาพรวมการปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA ดำเนินงานอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.91$, $S.D = 0.342$) ด้านพฤติกรรมเมื่อไปยังสถานที่เสี่ยงอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.40$, $S.D = 1.19$) รวมทั้งการกำหนดมาตรการ การวางแผนปฏิบัติการกำกับควบคุมให้ปฏิบัติตามมาตรการตลอดจนสนับสนุนอุปกรณ์ การจัดการสถานที่ทำงาน และการจัดระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอียน แม็กเคย์ (Ian M. MacKay)⁽⁷⁾ นักไวรัสวิทยา ชาวออสเตรเลีย ได้ยกตัวอย่าง การสวมหน้ากาก เปรียบเสมือนแผ่นเนยแข็ง แผ่นหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นเสมือนสิ่งกีดขวางที่ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหน้ากากช่วยลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากคนอื่น แต่หากสวมใส่ไม่ดี หรือหน้ากากไม่มีคุณภาพจะทำให้เกิด “ช่องโหว่” ของแผ่นเนยแข็ง ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุด จึงต้องใช้แผ่นเนยแข็งมากขึ้นหรือหลายมาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้ช่องโหว่ของแต่ละมาตรการ อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน Mackay จึงเสนอแนวคิด 7 ชั้นเพื่อลดปัญหาการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเป็นการรวมกันของวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดการติดต่อหรือการแพร่กระจาย ได้แก่การรักษาระยะห่างทางกายภาพ อาคาร (Ventilation) การทำความสะอาดพื้นผิว (Surface cleaning) การสวมหน้ากากอนามัย (Wearing mask) การล้างมือ (Hand hygiene) การทดสอบอย่างรวดเร็ว

(Fast testing, ATK) การติดตามการสัมผัส (Contact tracing)⁽⁸⁾ สอดคล้องกับโอภาส พุทธเจริญได้แนะนำวิธีการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปแบบ Swiss Cheese คือการลดช่องโหว่ที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อ ด้วยการนำวิธีป้องกันต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว เช่นการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือมารวมซ้อนกับแนวทางป้องกันอื่น ๆ เช่นลดระยะเวลาสัมผัสเชื้อในพื้นที่แออัด ซึ่งจะช่วยลดโอกาสผิดพลาดในการติดเชื้อได้มากขึ้น⁽⁹⁾ และในประเทศไทยมีการกำหนดมาตรการสำคัญ ซึ่ง สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย ได้นำมาประยุกต์เป็นมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นย้ำเกราะป้องกัน 5 ด้านป้องกัน คือ ด้านที่ 1 ลดความเสี่ยงจากการสัมผัสด้วยการล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ให้บ่อยขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะและก่อนกินอาหาร ด้านที่ 2 หากรู้สึกไม่สบายใจ จามให้สวมหน้ากากอนามัย ส่วนผู้ที่ไม่ป่วยให้สวมหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ด้านที่ 3 เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร และเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค และเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่หนาแน่น รวมทั้งเลี่ยงการใช้มือสัมผัสหน้า ด้านที่ 4 ทำความสะอาดบ้านและพื้นบริเวณที่พักและอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่นที่มีการสัมผัสร่วมกันบ่อย ๆ และจุดเสี่ยงอื่น ๆ ด้วยน้ำยาฟอกขาว ส่วนห้องน้ำ ห้องส้วม ให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำอย่างสม่ำเสมอและด้านที่ 5 ดูแลให้มีการระบายอากาศภายในบ้าน เปิดประตูหน้าต่างให้ได้รับแสงแดดธรรมชาติส่องทั่วถึง น้อยวันละครึ่ง⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรเตรียมมาตรการรองรับการส่งต่อผู้ติดเชื้อและสื่อสารให้บุคลากรเข้าถึงเมื่อพบว่าสงสัยจะติดเชื้อได้หลากหลายช่องทาง
2. จัดเตรียมชุดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อในกรณีที่เกิดเหตุไปอยู่ในที่มีระดับความเสี่ยงสูงให้บุคลากรมีระบบการจัดการที่สามารถเบิกใช้ได้กรณีจำเป็นเร่งด่วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศรินา แสงอรุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. รายงานผู้ติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) รายใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://nsn.moph.go.th/>
3. Adhikari SP, Meng S, Wu Y, Mao Y, Ye R, Wang Q, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty 2020;9(1).

4. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019. JAMA Cardiol 2020;5(7):811.
5. อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสมาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(2):19-30.
6. วิญญูทัตญญ บัญพัน และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563;12(2):323-337.
7. Mackay IM. The Swiss cheese infographic that went viral. Virology Down Under 2020. Available from: <https://virologydownunder.com/the-swiss-cheese-infographic-that-went-viral>
8. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact tracing) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/page-view/27>
9. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact tracing) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th>
10. Anamai Media. การนำ Swiss cheese model มาใช้ในการลดการแพร่กระจายโรค COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/161063>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
Factors Associated with Breastfeeding Among Postpartum Working Mothers
with First Child Attending a Health Promotion Hospital,
Health Center Region 1, Chiang Mai

ชนิดาภา ภูดอนทอง^{1*}, อรุณรัตน์ ตั้งมันคงวรกุล², จักรกฤษณ์ วังราษฎร์³, กฤษณา กาเผือก⁴
Chanidapa Phudornotong¹, Arunrat Tangmunkongvorakul², Jukkrit wungrath³, Krissana Kapheak⁴

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่^{2,3}, ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่⁴

Master of Public Health program student¹, Faculty of Public Health Chiang Mai University^{2,3}
Regional Health Promotion Center 1 Chiang Mai⁴

Corresponding author, Email: chanidapa.p2532@gmail.com

(Revised: June 23, 2023; Revised: September 29, 2023; Accepted: October 12, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอก ทำการศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุ 6 เดือนถึง 1 ปี ที่คลอดและมารับวัคซีนตามนัดที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัย ที่ 1 เชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 119 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไอโอวา (IIFAS) การได้รับการบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ Chi-square และ Spearman's Rank Correlation ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18-26 ปี ร้อยละ 53.8 มีระยะเวลาให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือนร้อยละ 67.2 ให้นมแม่เป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า และร้อยละ 32.8 ของทารกเปลี่ยนไปทานนมผสมเมื่ออายุ 4-7 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง และร้อยละ 68.9 มีทัศนคติต่อนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงนมผสมต่อเดือน รายได้ของครอบครัว ผู้เลี้ยงดูหลักในช่วง 1 ปีแรก และการอยู่ไฟมีความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็ก เด็กทุกคนควรได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และได้รับนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยไปจนถึง 2 ปี การดูแล สนับสนุน และช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้แม่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, แม่ทำงานนอกบ้าน, บริการสาธารณสุข, นมผสม, อาหารตามวัย

ABSTRACT

This cross-sectional analytical study Its purpose is to Study of factors and relationships related to breastfeeding among postpartum mothers who work outside the country. The study was conducted among mothers who had children aged 6 months to 1 year who had given birth and came to receive vaccinations according to appointments at the Good Child Health Clinic of the Health Promoting Hospital, Health Center 1, Chiang Mai. The sample size was 119 people. Data were collected between July and December 2018. 2016 Tools used in research Contains questions about personal information. Knowledge about breastfeeding Iowa Breastfeeding Attitudes (IIFAS) Receiving Public Health Services. and social support for breastfeeding Data were analyzed using descriptive statistics. and analytical statistics Chi-square and Spearman's Rank Correlation. The results of the study found that Most of the sample were aged 18-26 years, 53.8% had breastfed for less than 6 months, 67.2% had breastfed for 6 months or more, and 32.8% of infants switched to formula milk at ages 4-7. 93.3% of the sample had a high level of knowledge about breastfeeding and 68.9% had a moderate attitude towards breastfeeding. The results of the relationship study found that the cost of raising formula milk per month Family income Main caregiver during the first year and living in a fire are significantly related to breastfeeding at the 0.05 level.

Results of this study Can be used to improve the quality of childcare All children should receive exclusive breast milk for 6 months and continue to receive breast milk along with age-appropriate foods for up to 2 years. Care, support, and assistance of public health officials. It is an important part for mothers to be successful in breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, mothers working outside the home, public health services, formula milk, age-appropriate food

บทนำ

จากงานวิจัยและผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการให้นมแม่พบว่านมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกที่สุดเนื่องจากเต็มไปด้วยสารอาหารที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองไม่มีอาหารอื่นใดที่ทดแทนหรือเทียบเท่าได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างเหมาะสมจะทำให้ลูกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการควบคู่ไปกับการเจริญเติบโตตามวัยทำให้ลูกมีสุขภาพดีและฉลาด สารอาหารในนมแม่ จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาให้เหมาะสมตามอายุของลูก ซึ่งได้แก่ โปรตีน ไขมัน น้ำตาลแลคโตส วิตามิน 19 เป็นต้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของการให้นมแม่เพียงอย่างเดียว 6

เดือน คือการให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ให้ของเหลว นมผสมและอาหารอื่นๆกวนยา

ในปี 2554 พบว่าสถานการณ์การให้นมแม่อย่างเดียวของโลกอยู่ที่ร้อยละ 37 ประเทศที่มีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ Rwanda (88.4) Kiribati (80.0) Benin (70.1) Madagascar (67.2) North Korea (65.1)⁽¹⁾ ในทวีปเอเชียมีเพียงประเทศเกาหลีเหนือที่มีอัตราการให้นมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ร้อยละ 37.4 และในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.12 สำหรับประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ร่วมกับองค์การยูนิเซฟได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2562 (Multiple Indicators Cluster Surveys: MICS) พบว่าทารกอายุไม่เกิน 6 เดือนเพียง 14% เท่านั้นที่ได้กินนมแม่เพียงอย่างเดียวลดลงจากปี 2558 ที่ 23%⁽²⁾

ปี 2562 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี แผนพัฒนาประเทศด้านส่งเสริมพัฒนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายให้ทารกแรกคลอดได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 45 ในปี 2568 และยังคงให้นมแม่ควบคู่กับอาหารเสริมที่เหมาะสมตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ครั้งที่ 65 กรมอนามัยส่งเสริมโภชนาการในสตรีและเด็กอายุ 0-5 ปี เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตดีทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก (สูงดีสมส่วน) ซึ่งจะส่งผลดีทั้งในด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ ในอนาคต⁽⁴⁾

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่เป็นหน่วยงานหนึ่งภายใต้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ดำเนินการดูแลสุขภาพประชาชนโดยรับผิดชอบ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนประกอบไปด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย น่าน แพร่ พะเยา ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 ให้บริการด้านสุขภาพแบ่งออกเป็นแผนกสูติรีเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม และคลินิกแต่ละวัย ในแต่ละปีให้บริการดูแลคู่สามี ภรรยาที่ตั้งครรภ์ 8,000 – 12,000 ราย โดยส่งเสริมให้แม่หลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวในระยะแรกหลังคลอดจนถึง 6 เดือน พบว่าแม่ที่ให้นมลูกครบ 6 เดือนมีอัตราค่อนข้างน้อยจากสถิติผู้รับบริการในปี 2563 มีหญิงตั้งครรภ์และคลอดทั้งหมด 1,346 รายจากจำนวนหญิงที่มาใช้บริการฝากครรภ์ 10,563 ราย โดย 872 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย เป็นหญิงที่ทำงานนอกบ้าน 720 รายคิดเป็นร้อยละ 82.57จากรายงานประจำปี 2563 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 พบว่ามีลูกที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว 6 เดือนจำนวน 9,132 คน คิดเป็นร้อยละ 66.57 จากจำนวนแม่ที่พาลูกมารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี 13,718 ราย มีเด็กบางรายที่ได้รับทั้งนมแม่ นมผสมและน้ำควบคู่กันไป แม่หลังคลอดที่พาลูกมารับการตรวจพัฒนาการและรับวัคซีนโดยส่วนมากจะประสบปัญหาเกี่ยวกับการให้นมแม่ภายหลังออกจากโรงพยาบาล และเตรียมกลับไปทำงาน การเกิดปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ทำให้แม่ให้ความสนใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมซึ่งมีการโฆษณาชวนเชื่อว่ามีสารอาหารและประโยชน์เทียบเท่ากับนมแม่ แม่บางส่วนแบกรับความกดดันจากสังคมสิ่งแวดล้อมรอบข้าง เช่นครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงบุคคลใกล้ชิดต่างๆที่ทำให้แม่เกิดภาวะ

เครียดส่งผลกระทบต่อการทำงานของน้ำนม น้ำนมลดลงและ
ไม่เพียงพอต่อความต้องการของลูก⁽⁵⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรก
ทำงานนอกบ้าน รวมถึงอุปสรรคต่างๆ ที่อาจมี
ผลทำให้แม่ที่ทำงานนอกบ้านหลายคนตัดสินใจ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือนมผสม เพื่อเป็นประโยชน์
ต่อการส่งเสริมสนับสนุนการให้นมแม่อีกทั้งเป็น
การหาแนวทางในการช่วยเหลือแม่หลังคลอด
ครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน และส่งเสริมให้ได้รับ
นมแม่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการ
ให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอก
บ้าน

คำถามของการวิจัย

ปัจจัยใดที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้นม
แม่ของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มี
ความเกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอด
ครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน เป็นการวิจัยเชิง
ปริมาณ (Quantitative Research) ศึกษาเชิง
วิเคราะห์แบบตัดขวางในกลุ่มแม่ที่เป็นหญิงไทย
อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นแม่ครั้งแรกและทำงานนอก
บ้าน คลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์
อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2563
- เดือนมกราคม 2564 บุตรอายุ 6 เดือนถึง 1 ปี

นำบุตรมารับวัคซีนตามนัดที่คลินิกสุขภาพเด็กดี
อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงทุก
รายที่มีบุตรอายุ 6 เดือนถึง 1 ปีคลอดระหว่าง
เดือน มิถุนายน 2563 - เดือนมกราคม 2564 ที่พา
บุตรมารับวัคซีนตามนัดที่คลินิกสุขภาพเด็กดี
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มีบุตรอายุ 6
เดือนถึง 1 ปีที่คลอดและมารับวัคซีนตามนัดที่
คลินิกสุขภาพ เด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นหญิงไทยตั้งครรภ์
ครั้งแรกทำงานนอกบ้านและอาศัยอยู่ในจังหวัด
เชียงใหม่ทุกราย โดยในช่วงเวลาเก็บข้อมูลมี
จำนวนแม่หลังคลอดที่พาบุตรมารับวัคซีนจำนวน
ทั้งสิ้น 119 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

- มีความสมัครใจ ยินดีเข้าร่วมใน
การศึกษา
- เป็นหญิงไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป
- ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน
- อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถให้นม
ลูกได้ดังนี้ แม่ที่ติดเชื้อ HIV, วัณโรค, อีสุกอีใส, เริม,
โรคมาเรียมและอยู่ในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด,
มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (SLE)
- มีบุตรอายุ 6 เดือนถึง 1 ปีคลอดที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1
เชียงใหม่ และกลับมารับบริการรับวัคซีนตามนัดที่
คลินิกสุขภาพเด็กดี

- มีบุตรอายุ 6 เดือนถึง 1 ปี ที่ได้รับนมแม่
อย่างเดียวหรือสารอาหารอื่นด้วย สามารถสื่อสาร
โดยการพูด ตอบคำถามและเข้าใจภาษาไทยได้
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมา
จาก สมชาย โอวัฒนาพานิช⁽⁶⁾ และวิเคราะห์ความ
เที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3
ท่าน นำไปทดลองใช้ (Try-out) ในแม่หลังคลอด
ครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน ที่มาใช้บริการคลินิก
เด็กดีโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน
30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบทางสถิติโดยใช้
Internal Consistency ด้วยวิธี Cronbach's alpha หา
ค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 โดยแบบสอบถาม
ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่

แบบสอบถามความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มี 2
ตัวเลือก คือใช่ และ ไม่ใช่ กำหนดค่าข้อละ 1
คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวก มี 10 ข้อ ได้แก่
ข้อ 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 ส่วนข้อ
คำถามเชิงลบมี 6 ข้อได้แก่ ข้อ 3, 5, 7, 11, 15,
16 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ใช่ 1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่ 0 คะแนน	1 คะแนน

มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 -16 คะแนน
การแปลความหมายใช้วิธีอิงเกณฑ์ โดยใช้คะแนน

สูงสุด - คะแนนต่ำ สุด แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3
ช่วงเท่าๆ กันจัดกลุ่มและแบ่งความหมายดังนี้

0 - 5 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับต่ำ

6 - 10 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่องการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง

11 - 16 คะแนน หมายถึง ความรู้เรื่อง
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่ ของไอโอวา (The Iowa Infant Feeding
Attitude Scale (IIFAS)) จำนวน 17 ข้อใช้ลักษณะ
ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต
(Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ
ไม่เห็นด้วยที่สุด ไม่เห็นด้วย เฉยๆ เห็นด้วย และ
เห็นด้วยมากที่สุด เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16 และ 17
ข้อความเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10,
11, 14 และ 17 โดยมี เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ	
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
เฉยๆ	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1

มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-85 คะแนน
การแปลความหมายใช้วิธีอิงเกณฑ์ โดยใช้คะแนน
สูงสุด -คะแนนต่ำสุด แล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3
ช่วงเท่าๆ กันจัดกลุ่มและแบ่งความหมายดังนี้

17 - 39 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับต่ำ

40 - 62 คะแนน หมายถึง ทัศนคติต่อ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง

63 - 85 คะแนน หมายถึง ทักษะคิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 11 ข้อ ดังนี้

- ด้านการฝากครรภ์/การอบรมโรงเรียนพ่อแม่ 2 ข้อ
- ด้านการคลอด/หลังคลอด 2 ข้อ
- ด้านการช่วยเหลือภายหลังคลอด 3 ข้อ
- ด้านการดูแลลูก/วัคซีน 2 ข้อ
- ด้านการติดตามเยี่ยมหลังคลอด 2 ข้อ

แต่ละด้านมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ ไม่ได้รับ ได้รับน้อย ปานกลาง ได้รับมาก และได้รับมากที่สุด มีเกณฑ์การให้ คะแนน 0, 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยของการได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 4 โดยคำนวณจากคะแนนรวมที่ได้ ในด้านนั้นหารด้วยจำนวนข้อคำถามด้านนั้นๆ การให้ความละเอียดเรื่องการได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5 ด้านๆ ละ 4 คะแนน รวมเป็นปัจจัยโดยรวม 20 คะแนนเต็ม แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน การแปลความหมายใช้วิธีอิงเกณฑ์ โดยใช้คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วจัดกลุ่มและแบ่งความหมายดังนี้

0 - 6 คะแนน หมายถึง ได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับต่ำ

7 - 13 คะแนน หมายถึง ได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับ ปานกลาง

14 - 20 คะแนน หมายถึง ได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 7 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ ไม่เห็นด้วยที่สุด ไม่เห็นด้วย เลยๆ เห็นด้วย และ เห็นด้วยมากที่สุด ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยสนับสนุนได้จัดกลุ่มและแบ่งความหมายเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ดังนี้

0 - 8 คะแนน หมายถึง ได้รับปัจจัยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับต่ำ

9 - 18 คะแนน หมายถึง ได้รับปัจจัยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับปานกลาง

19 - 28 คะแนน หมายถึง ได้รับปัจจัยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. นำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่งถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

3. หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัย ซึ่งต้องได้รับการยินยอมและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบคำถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

5. ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้เพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญต่างๆอย่างครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ โดยใช้การวิเคราะห์ Chi-square และสถิติ Spearman Rank Correlation

ผลการศึกษา

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของรายการปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน (n=119)

รายการปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
- 18-26 ปี	64	53.8
- 27-35 ปี	50	42
- 36-41 ปี	5	4.2
สถานภาพสมรส		
- คู่อยู่ด้วยกัน	112	94.1
- คู่แยกกันอยู่	7	5.9
การศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ/ ประถมศึกษา	9	7.5
- มัธยมศึกษา/ปวช.	38	31.9
- ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปวส.	31	26.1
- ปริญญาตรี	41	34.5
อาชีพ		

รายการปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เกษตรกร	3	2.5
- รับจ้างทั่วไป	64	53.8
- ค้าขายอยู่กับบ้าน	41	34.5
- ธุรกิจส่วนตัว	11	9.2
ลักษณะครอบครัว		
- ครอบครัวเดี่ยว (พ่อแม่ลูก)	3	2.5
- ครอบครัวรวม (พ่อแม่ลูก ปู่ย่า/ตายาย)	116	97.5
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	0.8
- 5,001-10,000 บาท	85	71.4
- 10,001-5,000 บาท	31	26.1
- 15,001-20,000 บาท	2	1.7
ผู้หารายได้หลักของครอบครัว		
- พ่อแม่(สามีและตัวท่านเอง)	119	100
รายได้ของครอบครัว		
- ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	2	1.7
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ	104	87.4
- เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ	13	10.9
การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อตั้งครรภ์		
- น้อยกว่า 12 สัปดาห์	81	68.1
- 13-19 สัปดาห์	27	22.7
- 20-25 สัปดาห์	5	4.2
- 26-32 สัปดาห์	6	5
โรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์		
- ไม่มีโรคประจำตัวหรือความผิดปกติ	112	94.1
- โรคความดันโลหิตสูง	3	2.5
- โรคเบาหวาน	2	1.7

รายการปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- โรคโลหิตจาง	2	1.7
ชนิดการคลอด		
- คลอดปกติ	78	65.5
- ผ่าตัด	22	18.5
- คลอดโดยใช้คีม	17	14.3
- คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	2	1.7
ระยะเวลาการให้นมแม่อย่างเดียว		
- น้อยกว่า 6 เดือน	80	67.2
- 6 เดือน ขึ้นไป	39	32.8
ระยะเวลาการให้นมแม่ต่อจาก 6 เดือน (n=39)		
- 0 - 3 เดือน	28	71.8
- 4 - 12	11	28.2
อายุทารกที่เปลี่ยนไปกินนมผสม		
- น้อยกว่า 6 เดือน	80	67.2
- 6 เดือนขึ้นไป	39	32.8
ค่าใช้จ่ายนมแม่ต่อเดือน		
- 0-499 บาท	103	86.6
- 500-1000 บาท	16	13.4
ค่าใช้จ่ายนมผสมต่อเดือน		
- 0-4,999 บาท	7	5.9
- 5,000-9,999 บาท	24	20.2
- 10,000-15,000 บาท	88	73.9
ผู้เลี้ยงดูหลักในช่วง 1 ปีแรก		
- พ่อแม่ (สามีและตัวท่านเอง)	21	17.6
- ปู่ย่า/ตายาย	98	82.4

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้เลี้ยงดูหลัก

รายการปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เฉยๆ	118	99.2
- สันนิษฐาน	1	0.8
ระยะเวลาการอยู่ไฟ (เดือน)		
- 1 เดือน	85	71.4
- 2 เดือน	33	27.7
- 3 เดือน	1	0.9

จากตาราง 1 จำนวนและร้อยละของ ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของแม่หลังคลอดครั้งแรก ที่ทำงานนอกบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.8 มีอายุ 18-26 ปี การศึกษาส่วนมากร้อยละ 34.5 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.1 มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 97.5 อาศัยอยู่เป็นครอบครัว ใหญ่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ซึ่งร้อยละ 87.4 ของกลุ่มตัวอย่าง รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ผู้หา รายได้หลักของครอบครัวคือสามีและภรรยา ร้อย ละ 68.1 ฝากครรภ์ขณะอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และแม่ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.1 ไม่มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 65.5 คลอดปกติ แม่ร้อยละ 67.2 เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือนและ เปลี่ยนเป็นเลี้ยงด้วยนมผสม อีกร้อยละ 32.8 ให้นมแม่เป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า ซึ่งมีค่าใช้จ่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมต่อ เดือนเท่ากับตั้งแต่ต่ำกว่า 5,000 ถึง 15,000 บาท ด้านการเลี้ยงดูผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 82.4

เป็นปู่ย่า/ตายาย ด้านการอยู่ไฟส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 อยู่ไฟนาน 1 เดือน ระยะเวลาในการลาคลอด ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.1 จะลำน้อยกว่า 1 เดือน ซึ่ง สิทธิการลาคลอดส่วนใหญ่แล้วจะได้สิทธิการลา น้อยกว่า 1 เดือน เมื่อแม่ไปทำงานหรือทำธุระนอก บ้านส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.9) จะเปลี่ยนเป็นนม ผสม และในการศึกษานี้ร้อยละ 26.1 ได้ส่งต่อเข้า รับบริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน คลินิกนมแม่ สำหรับข้อมูลทั่วไปของทารกใน การศึกษาครั้งนี้ อายุของทารกส่วนใหญ่ร้อยละ 78.2 อายุ 6-8 เดือน เป็นเพศชายร้อยละ 64.7 น้ำหนักตัวขณะแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 94.1 และทุกรายมีสุขภาพแรกเกิดปกติ

จากข้อมูลส่วนบุคคลตามตารางที่ 1 ได้นำ ข้อมูลส่วนบุคคลมารวมศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการให้นมแม่ และได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในแม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้านได้สรุป ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ดังแสดงในตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่หลังคลอดฯ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	P-Value
	นมแม่ต่ำกว่า 6 เดือน	นมแม่ 6 เดือนหรือ มากกว่า	รวม		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	1 (1.25)	0 (0.0)	1 (0.8)	10.12	0.018*
- 5,001 - 10,000 บาท	64 (80.00)	21 (53.8)	85 (71.4)		
- 10,001 - 15,000 บาท	14 (17.50)	17 (43.6)	31 (26.1)		
- 15,001 - 20,000 บาท	1 (1.25)	1 (2.6)	2 (1.7)		
ค่าใช้จ่ายนมผสมต่อเดือน					
- 0-4,999 บาท	0 (0.0)	7 (17.95)	7 (5.88)	16.36	<0.001**
- 5,000-9,999 บาท	15 (18.75)	9 (23.08)	24 (20.17)		
- 10,000-15,000 บาท	65 (81.25)	23 (58.97)	88 (73.95)		
ระยะเวลาอยู่ไฟ (เดือน)					
- 1 เดือน	63 (78.75)	22 (56.4)	85 (71.43)	7.58	0.023*
- 2 เดือน	17 (21.25)	16 (41.0)	33 (27.73)		
- 3 เดือน	0 (0.0)	1 (2.6)	1 (0.84)		

* ค่า p-value < 0.05, ** ค่า p-value < 0.001

จากตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001 และ < 0.05) ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน

แม่หลังคลอดครั้งแรกที่ทำงานนอกบ้าน มี 3 ประเด็นคือ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ค่าใช้จ่ายนมผสมต่อเดือน และระยะเวลาอยู่ไฟ

ตาราง 3 แสดงร้อยละของแม่หลังคลอดฯ และความหมายระดับคะแนนตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากที่สุด แจกแจงตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	ความหมายระดับคะแนน	ร้อยละของแม่หลังคลอดฯ
1. ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	มากที่สุด	93.3
2. ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ปานกลาง	68.9

ปัจจัย	ความหมาย ระดับคะแนน	ร้อยละ ของแม่หลังคลอดฯ
3. การได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	สูงที่สุด(ทำงาน หลังคลอด)	100
4. การสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
- จากครอบครัว	มาก	47.1
- จากชุมชน/สถานที่ทำงาน(ที่มีห้องสำหรับปั๊มนมแม่)	ไม่ได้รับ	90.8
- จากบุคลากรสาธารณสุขหลังออกจาก โรงพยาบาล	ปานกลาง	77.3

จากตาราง 3 รายละเอียดของบางรายการที่ไม่ได้นำเสนอในตารางเนื่องจากมีข้อจำกัดจึงได้นำมาเสนอในการอธิบายเพิ่มเติมได้ตารางดังนี้ แม่หลังคลอดครรภ์แรกร้อยละ 93.3 มีระดับคะแนนความรู้ในระดับมากที่สุด ข้อที่ตอบถูกสูงสุดคือระหว่างเลี้ยงลูกควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกชนิด สำหรับข้อที่ตอบผิดมากที่สุด(ร้อยละ 95.0) คือในระยะหลังคลอดใหม่ๆหากแม่มียังไม่มีน้ำนมควรให้ลูกดูดนมแม่สลับกับการให้นมผสม ด้านทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโอวา (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.9 มีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลาง และเห็นด้วยว่าการให้นมผสมสะดวกมากกว่าการให้น้ำนมแม่ แม่ส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆ ต่อทัศนคติที่ว่าหากท่านกำลังให้นมสามีของท่านรู้สึกว่าเขาไม่มีส่วนร่วม(เขาถูกทอดทิ้ง หรือไม่มีตัวตน) ส่วนข้อที่แม่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด(ร้อยละ 87.4) คือข้อที่กล่าวว่าแม่ที่ให้น้ำนมผสมไม่ได้รับความสุขใจจากการเป็นแม่ แม่หลังคลอดครรภ์แรกทุกรายได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงที่สุดทำงานหลังคลอด แม่ส่วนใหญ่ร้อยละ 61 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่รพ.สต.ในระดับน้อย ด้านการ

สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัว ร้อยละ 47.1 ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก จากบุคลากรสาธารณสุขหลังออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 77.3 ได้รับสนับสนุนในระดับปานกลาง แต่ร้อยละ 90.8 ไม่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากชุมชน/จากสถานที่ทำงาน (ไม่มีห้องสำหรับปั๊มนมและเก็บน้ำนมแม่) ส่วนปัจจัยการสนับสนุนอื่น ๆ พบว่าการรณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะ/โฆษณากระแสดังคมเกี่ยวกับนมแม่ที่ทำให้อยากเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นส่วนใหญ่ร้อยละ 76.5 ตอบว่าอยู่ในระดับน้อย

อภิปรายผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ของแม่หลังคลอดครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนให้นมแม่เพียงอย่างเดียวที่ 6 เดือน จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้นมแม่โดยแยกกลุ่มที่ระยะเวลาให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน และมากกว่าเท่ากับ 6 เดือน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ที่มี

ความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว, ค่าใช้จ่ายนมผสม และการอยู่ไฟหลังคลอด

รายได้ของครอบครัวและค่าใช้จ่ายนมผสม ด้านค่าใช้จ่ายการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมต่อเดือนในกลุ่มที่เลี้ยงนมแม่มากกว่าเท่ากับ 6 เดือน ร้อยละ 17.9 มีค่าใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาท ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.97 มีค่าใช้จ่าย 10,000-15,000 บาท แต่ในกลุ่มที่เลี้ยงนมแม่น้อยกว่า 6 เดือนมีค่าใช้จ่ายการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป โดยส่วนใหญ่ของกลุ่ม (ร้อยละ 81.25) มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท ด้านรายได้ต่อเดือนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือนส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 มีรายได้ 5,000- 10,000 บาท และร้อยละ 18.8 มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท แต่แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนร้อยละ 46.2 อยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องแม่ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีความสัมพันธ์ต่อการให้นมแม่มากกว่าแม่ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ชุ่มจิตร⁽⁷⁾ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแม่ที่มีรายได้สูงจะมีกำลังทรัพย์ในการซื้ออุปกรณ์สำหรับการปั๊มเก็บน้ำนม เช่น เครื่องปั๊มนม ตู้แช่น้ำนม ไปจนถึงอุปกรณ์อื่นๆ สำหรับการเก็บน้ำนมให้กับลูก ซึ่งมีราคาสูง จากการสำรวจราคาเครื่องปั๊มนมพบว่าราคาประมาณ 3,000 ถึง 10,000 ถือเป็นการลงทุนที่ค่อนข้างสูงแต่ในระยะยาวมีความคุ้มค่า แม่จะต้องมีวินัยในการรักษาระดับน้ำนม โดยอาจมีการปั๊มเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชั่วโมง การศึกษาครั้งนี้จึงเห็นได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการให้นมลูกอย่าง

มาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพ็ญรุ่งนวลแจ่ม⁽⁸⁾ ที่พบว่ารายได้น้อยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ต่อเนื่อง.

การอยู่ไฟหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะการอยู่ไฟมีความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ได้ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่ยังคงมีวิถีชีวิตและความเชื่อดั้งเดิมต่างๆ อยู่ ซึ่งการอยู่ไฟนี้สอดคล้องกับผู้เลี้ยงดูหลัก คือปู่ย่า/ตายาย โดยแม่ทางภาคเหนือส่วนมากจะกลับไปอยู่ที่บ้าน มีแม่สามีหรือแม่ของตนเองช่วยดูแลช่วงอยู่ไฟ ทำให้แม่บางคนเกิดความเครียด ได้ง่าย แม้มีโอกาสนในการอยู่กับลูกเพียงแค่ช่วงเวลาตลอด เป็นระยะเวลา 1-3 เดือน เท่านั้น การกลับไปทำงานอาจเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำหรับแม่ และทำให้แม่ตัดสินใจเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลา 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธารา น่วมภา⁽⁹⁾ คือ แม่ที่มีอาชีพที่อยู่กับบ้านหรือว่างงานและเป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียวจะมีโอกาสประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าแม่ที่มีความจำเป็นต้องออกจากบ้านเพื่อไปทำงาน ซึ่งอาจพบอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน รวมถึงความสะดวกในการปั๊มเก็บน้ำนม

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงที่สุด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือ คือระดับความรู้ที่ดีด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่ห้องคลอด/หลังคลอด/พิเศษหลังคลอด และ

ปัจจัยสนับสนุนกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้านทั้งจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข ทักษะคิดเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกให้นมแม่แก่ลูก โดยในการศึกษานี้พบว่าแม่มีทักษะคิดในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแม่ในการศึกษาครั้งนี้ที่ให้นมลูกมา 6 เดือนหรือมากกว่าจะมีจำนวนน้อยกว่าแม่ที่ให้นมลูกไม่ถึง 6 เดือน แต่หากแม่มีทักษะคิดในระดับสูงขึ้น ก็จะทำให้มีความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร ชูประพันธ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าแม่ที่มีทักษะคิดเชิงบวกหรือทักษะคิดที่ดีต่อตนเอง คือความรู้สึกรู้สึกดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีอิทธิพลสูงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนครบ 6 เดือน

การได้รับบริการสาธารณสุขตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ ช่วงขณะคลอด หลังคลอด การได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้แม่เกิดความมั่นใจและมีความพยายามที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ แต่หากแม่ไม่ได้รับข้อมูลหรือความช่วยเหลือ มักจะเกิดความล้มเหลวในการรักษาระดับน้ำนมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในการศึกษาของจิรวรรณ วรรณโร⁽¹¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในแม่ที่พาบุตรมารับวัคซีน ณ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ พบว่าการได้รับความรู้เรื่องการปั๊มน้ำนมก่อนไปทำงานจากคลินิกนมแม่ และมีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการให้นมของคลินิกนมแม่ จะทำให้แม่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือนเป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง น่าจะทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การรับบริการและติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องที่

คลินิกสุขภาพเด็กดี (WBC/ชมรมฯ) จะทำให้แม่มีระยะเวลาในการให้นมแม่สูงขึ้น

ผู้เลี้ยงดูหลักในช่วง 1 ปีแรกมีความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ปู่ย่า/ตายาย โดยผู้เลี้ยงดูหลักในกลุ่มนี้ก็พบว่ามี ความแตกต่างกัน โดยหากผู้เลี้ยงดูหลักเป็นบุคคลที่มีความรู้สามารถอ่านหนังสือได้ และมาร่วมรับฟังการให้ความรู้แก่แม่ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ ก็จะสามารถเป็นแรงหนุน และผลักดันให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นอย่างดีช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงลูกของแม่ และทำให้แม่มีเวลาในการปั๊มน้ำนม รวมทั้งทำให้แม่มีเวลาส่วนตัวมากขึ้น ส่งผลทำให้แม่ไม่เกิดความเครียดและทำให้น้ำนมไหลดี มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูกซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของพรนภา ตั้งสุขสันต์, เอมพร รตินธร⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าแม่ที่มีความจำเป็นต้องให้ ปู่ย่า/ตายาย ช่วยเลี้ยงดู บางครอบครัวแม่มาทำงานต่างจังหวัด ไม่สะดวกในการส่งน้ำนมไปให้ลูก หรือกรณีมีการปั๊มน้ำนมไว้ให้เลี้ยงดูได้แต่ต้องมีการอุ่นน้ำนมแม่เพื่อคงคุณค่าสารอาหารภายในน้ำนม ขั้นตอนการอุ่นอาจก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้เลี้ยงดูหลักที่มีอายุมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสมเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการกับแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ ควรมีการให้คำแนะนำ อธิบาย ข้อดีข้อเสียของนมผสมที่อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ครอบครัวในระยะยาว รวมไปถึงการเตรียม
แนวทางที่พร้อมจะช่วยเหลือแม่หลังคลอด

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงลึกปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติม
เช่น การอยู่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างไรต่อการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อด้านอาหาร การดูแล
ตนเองหลังคลอดที่มีผลต่อปริมาณน้ำนมของแม่
 เป็นต้น

2. ควรศึกษาในแม่ที่ไม่ใช่หญิงสัญชาติไทย
เพื่อทราบถึงความแตกต่างทางชาติพันธุ์ หรือ
ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

1. กุสุมา ชูศิลป์. สถานการณ์ทั่วโลก ในการ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่ง
ประเทศไทย. 2555[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง
เมื่อ กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้
จาก:<https://library.thaihf.com/bitstream/handle/023548404.11/535>
2. UNICEF THAILAND. การสำรวจสถานการณ์
เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559.
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ กรกฎาคม 2563].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/206>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี
2555. กรุงเทพฯ; 2558. [อินเทอร์เน็ต].
[เข้าถึงเมื่อ กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/annual-report-bohp>
4. จินตนา พัฒนพงศ์ธร ชัยชนะ บุญสุวรรณ,
และนฤมล ธนเจริญ. ผลการศึกษา
“พัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557”

(The study of Thai Early Child Development).

กรุงเทพฯ; 2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hp.anamai.moph.go.th/th/ewt-news-php-nid-1532/193577>

5. จิรา ขอบคุณ, ภัทรกร สฤทธสมบัติ
และนฤมล ชูริรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนับ 6 เดือน. ใน
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
ระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับ
การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์.
วันที่ 2-4 มิถุนายน 2553 จัดโดยสถาบัน
พระบรมราชชนกร่วมกับวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ณ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2553; 24 – 31
6. สมชาย โอวัฒนาพานิช, กชกร สมมั่ง,
และพนิดา สุขประสงค์. ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในการเลี้ยง
ลูก ด้วยนมแม่โรงพยาบาลพระนารายณ์
มหาราช จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข 2558, ปี 24 ฉบับที่ 2; 24 – 26.
7. สุนันทา ชุ่มจิตร. รายงานการทบทวน
วรรณกรรมเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครบ 6 เดือนใน
มารดาหลังคลอดที่มีบุตรอายุ 6 เดือนขึ้นไป.
วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์; 2560 6(1):
หน้า 37-48
8. เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม และคณะ. รายงานวิจัย
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและระยะเวลา
การเลี้ยงดูบุตร ด้วยนมมารดาของมารดา
ในเขตภาษีเจริญ. กรุงเทพฯ: 2556
รายงานการวิจัย 2563; 6 - 21.

9. ศศิธรา น่วมภา, นิตยา สิ้นสุกใส, วรรณพาหุวัฒนกร, พฤษส์ จันทรประภาพ, ปัจจัยส่วนบุคคล เวลาที่เริ่มให้นมแม่ และการสนับสนุนจากพยาบาล ในการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ ต.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/11053>
10. ภัทรพร ชูประพันธ์, วิณาเที่ยงธรรม และ ปาหนัน พิษยภิญโญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. Graduate Research Conference (GRC 2014) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557 MMP73, 1723-1732.
11. จีรวรรณ วรรณโร และประวิทย์ วรรณโร. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน: การศึกษาที่โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่. วารสารวิชาการเขต 12 (กรกฎาคม-กันยายน) 2546. หน้า 39-48
12. พรนภา ตั้งสุขสันต์, เอมพร รตินธร, อัมพร รตินธร, ประสภารณ์และปัจจัยเชิงบริบทที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลา [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ ต.ค. 2563]; เข้าถึงได้จาก: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/3423>

ประสิทธิผลของรูปแบบการดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวาน ในจังหวัดลำปาง The Effectiveness of Operating Model for Sweet Enough CAFÉ in Lampang Province

ลลนา ถาคำฟู^{1 *}, สิริลักษณ์ สิทธิเครือ² และ ปิยะนารถ จาติเกตุ³

Lalana Thakamfoo^{1 *}, Siriluck Sithikruea², Piyanart Chatiketu³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง^{1,2}, คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

Lampang Provincial Public Health Office^{1,2}, Faculty of Dentistry, Chiangmai University³

¹Corresponding author, email address: pop.lalana@gmail.com

(Revised: September 19, 2023; Revised: October 6, 2023; Accepted: November 2, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เปรียบเทียบความรู้เรื่องการบริโภคหวาน และการปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีความหวานเหมาะสม (2) เปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มของผู้บริโภค ก่อนและหลังการดำเนินการโดยแยกระดับความหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม จำนวน 164 ร้าน รูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้ประกอบการ, สนับสนุนสื่อความรู้, ติดตามกระตุ้นสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบประเมินความรู้ของผู้ประกอบการ แบบสอบถามการปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม และแบบบันทึกข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มก่อนและหลังดำเนินการ รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample T-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังดำเนินการ 3 เดือน 1) ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีความรู้เรื่องการบริโภคหวานเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีการปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่ม ระดับหวานน้อยและไม่หวาน เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 69.3

รูปแบบการดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวาน ในจังหวัดลำปาง ทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม ได้แก่ จัดวางสื่อความรู้ที่ดึงดูดความสนใจของผู้บริโภค ให้คำแนะนำส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม รวมทั้งปรับลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มของร้านให้เป็นเมนูที่ดีต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ร้านเครื่องดื่มอ่อนหวาน

ABSTRACT

The research was one-group quasi-experimental research. The objectives were (1) to compare the knowledge about sweetness consumption and the action of the beverage shop entrepreneurs to encourage consumers to choose the beverages with appropriate level of sweetness (2) to compare the proportion of beverage consumption by the sweetness level, before and after the intervention. Purposive sampling was used. The samples were 164 beverage shop entrepreneurs. The data were collected by questionnaires and beverage consumption forms before and after intervention between June-September 2022. Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test.

The result showed that after 3 months of intervention, 1) the beverage shop entrepreneurs' knowledge about sweetness consumption was increased ($p < 0.05$), 2) the action from beverage shop entrepreneurs on encouraging consumers to choose beverages with appropriate level of sweetness were increased ($p < 0.05$), 3) the proportion of lower sweetness and sweetless level of drinks consumption increased from 36.7 to 69.3 percent.

The operating model of the research led to the cooperation of the beverage shop entrepreneurs to place the media for advising and motivating their customers to choose appropriate sweet drinks, including to modify their drink recipes by reducing the amount of sugar to create healthy drinks. This intervention also led the consumers to choose appropriate sweetness drinks.

Keywords: Effectiveness, Sweet Enough CAFÉ

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาของระบบสุขภาพทั้งระดับโลกและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก^(1,2) โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกและประชากรไทยร้อยละ 71 และร้อยละ 75 ตามลำดับ⁽³⁾ ในส่วนของจังหวัดลำปาง ปี 2564 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ มีอัตรา 1,477.64 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 585.79 ต่อแสนประชากร และ พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานรายใหม่ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคอ้วน ฟันผุ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ^(4,6) น้ำตาลเป็นแหล่งพลังงานที่ให้รสหวาน การบริโภคน้ำตาลมาก

เกินไปมีผลต่อระบบประสาทและพฤติกรรม ปัจจุบันความหมายของการบริโภคหวานเปลี่ยนไป นอกจากมนุษย์จะบริโภคน้ำตาลตามความต้องการด้านพลังงานของร่างกายแล้ว การบริโภคหวานในรูปแบบของอาหารและเครื่องดื่มต่างๆ ยังเป็นการตอบสนองความอยากหรือเป็นรางวัลให้กับตัวเองซึ่งและนำไปสู่การติดหวาน⁽⁷⁾ สถิติต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบริโภคน้ำตาลอยู่ในระดับ “สูงมาก” คือมากกว่าวันละ 25 ช้อนชา สูงกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำหลายเท่าตัว^(8,9) ข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยืนยันได้ว่าคนไทยติดหวาน โดยร้อยละ 51 ดื่มเครื่องดื่มที่มีความหวาน ระดับปกติตามสูตรของร้าน และร้อยละ 14 ดื่มเครื่องดื่มเพิ่มระดับความหวาน⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้แหล่ง

น้ำตาลส่วนใหญ่ที่ได้รับในแต่ละวันนั้นมาจากเครื่องดื่ม (11-13) จากการสำรวจปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มเย็นจากร้านค้าบริเวณรอบๆ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา ในปี 2559 จำนวน 114 ร้าน ไม่พบเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลตามเกณฑ์สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ (มีปริมาณน้ำตาล 6 กรัมต่อ 100 มล.) และร้อยละ 59.5 ของเครื่องดื่มที่สำรวจ มีปริมาณน้ำตาล 13-24 กรัมต่อ 100 มล.⁽¹⁴⁾ เครื่องดื่มจึงเป็นแหล่งน้ำตาลปริมาณสูงที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน คนไทยดื่มเครื่องดื่มขุ่นที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยคนละ 3 แก้วต่อวัน⁽¹⁵⁾ ในขณะที่ข้อมูลการตลาด ชานมไข่มุกจากบริษัทแกร็บฟู้ด (Grab food) บ่งชี้ว่าประเทศไทยมีอัตราการดื่มชานมไข่มุกสูงเป็น อันดับ 1 ในอาเซียน ซึ่งชานมไข่มุก 1 แก้วให้พลังงานไม่ต่ำกว่า 370 แคลอรี มีปริมาณน้ำตาล 18.5-20.5 ช้อนชา⁽¹⁶⁾

องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้ประเทศต่างๆ ลดการบริโภคน้ำตาล แนะนำให้บุคคลลดการบริโภคน้ำตาลอิสระ (Free sugar) ไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับต่อวันและหากเป็นไปได้ควรลดการบริโภคให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับต่อวันซึ่งคิดเป็นน้ำตาล 25 กรัมหรือประมาณ 6 ช้อนชา^(8,9) หลายประเทศกำหนดมาตรการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภคน้ำตาลของประชาชน ได้แก่ การเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล จำกัดการสื่อสารการตลาดของอาหาร-เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การจำกัดปริมาณการจำหน่าย เป็นต้น⁽¹⁷⁻²¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีการขับเคลื่อนโดยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ผลักดันให้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ห้ามเติมน้ำตาลในนมดัดแปลงและอาหารทารกทุกชนิด เพื่อลดการติดหวานในทารก ขับเคลื่อนนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำตาลในโรงเรียน ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวง

ศึกษาธิการ รวมทั้งผลักดันให้มีการเก็บภาษีน้ำตาลในเครื่องดื่มหวาน^(7,22)

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เป็นการทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ สามารถตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นให้ดีขึ้น^(23,24) ผู้ที่มีความรู้เรื่องโภชนาการ (Nutrition Literacy) จะสามารถรับข้อมูล เข้าถึง-เข้าใจข้อมูลโภชนาการรวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้⁽²⁵⁾ หลายองค์กรมีการสื่อสารรณรงค์สร้างความตระหนักต่อโทษของการบริโภคน้ำตาลผ่านสื่อต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกอาหารโดยพิจารณาปริมาณน้ำตาล โซเดียม และไขมันเหมาะสม โดยการอ่านข้อมูลบนฉลากโภชนาการจีดีเอ (Guideline Daily Amount: GDA) หรือสังเกตสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ (Healthier Choice)⁽²⁶⁾ หากผู้บริโภคเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจ จะสามารถตัดสินใจเลือกอาหาร-เครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเหมาะสมได้

เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานมีการสื่อสารรณรงค์ให้ผู้บริโภคสังเกตเครื่องดื่มหวานน้อย โดยมีป้ายสัญลักษณ์ข้อความ“หวานน้อยสั่งได้”ติดภายในร้านเครื่องดื่ม⁽²⁷⁾ ซึ่งการติดป้ายที่มีข้อความเตือน หรือการให้ข้อมูลโภชนาการ/ปริมาณน้ำตาลช่วยโน้มน้าว (สะกิด) ให้ผู้บริโภคตัดสินใจสั่งเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานน้อยลงโดยไม่ได้บังคับ ตามหลักการ Nudge Theory ซึ่งหมายถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมในการตัดสินใจให้สามารถชักนำพฤติกรรมของผู้คนไปในทิศทางที่พึงประสงค์โดยไม่ปิดกั้นทางเลือกใดๆ⁽²⁸⁾ อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวต้องได้รับความยินยอมจากผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม นอกจากนี้

ควรรออกแบบป้ายข้อความให้มีขนาดใหญ่พอ และ สะดุดตา รวมทั้งวางในจุดที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้⁽²⁹⁾

ธุรกิจร้านเครื่องต้มในจังหวัดลำปางเติบโต เช่นเดียวกับแนวโน้มประเทศซึ่งมีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 จังหวัดลำปางมีร้าน เครื่องต้มกว่า 1,574 ร้าน จากการสำรวจความนิยมใน การสั่งเครื่องต้มจากร้านเครื่องต้ม 6 แห่ง ในจังหวัด ลำปางในปี 2562 พบว่า ผู้บริโภคนิยมสั่งเครื่องต้ม หวานน้อยและไม่หวาน ร้อยละ 33.2 ใกล้เคียงกับผล การสำรวจของสสส. คือผู้บริโภคสั่งเครื่องต้มหวาน น้อย และไม่หวาน ร้อยละ 34⁽¹⁰⁾ ในปีงบประมาณ 2564 จึงมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร้าน เครื่องต้มอ่อนหวานในจังหวัดลำปางเพื่อส่งเสริมให้ ผู้บริโภคเลือกเครื่องต้มที่มีระดับความหวานเหมาะสม โดยให้ข้อมูลความรู้ ข้อเท็จจริงเรื่องผลกระทบของ การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไปแก่ผู้ประกอบการร้าน เครื่องต้ม สนับสนุนสื่อความรู้ที่ดึงดูดความสนใจ ผู้บริโภค ติดตามกระตุ้นการดำเนินการ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ประกอบการร้านเครื่องต้มเชิญชวนผู้บริโภคให้ เลือกเครื่องต้มที่มีระดับความหวานเหมาะสม จากการ ดำเนินการพบว่า หลังดำเนินการ ผู้บริโภคมีการสั่ง เครื่องต้มหวานน้อยและไม่หวานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 30.1 เป็นร้อยละ 66.02⁽³⁰⁾ ในปีงบประมาณ 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง มีนโยบายที่จะ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดย กำหนดเป้าหมายให้หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด ทั้ง 147 แห่ง ดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ของ ประชาชน ในเรื่องการบริโภคเพื่อสุขภาพ 1 หมู่บ้าน/ 1 หน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกบริโภค อาหารและเครื่องต้มที่มีปริมาณโซเดียม และ น้ำตาล ที่เหมาะสม และให้นำรูปแบบการดำเนินงานร้าน เครื่องต้มอ่อนหวานจังหวัดลำปางไปขยายผลการ ดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคในหมู่บ้านดังกล่าว

ตัดสินใจเลือกสั่งเครื่องดื่มที่มีระดับความหวาน เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(1) เปรียบเทียบความรู้เรื่องการบริโภคหวาน และการปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจ เลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสมของ ผู้ประกอบการร้านเครื่องต้ม ก่อนและหลังการ ดำเนินงาน

(2) เปรียบเทียบสัดส่วนข้อมูลการบริโภค เครื่องดื่มของผู้บริโภค ก่อนและหลังการดำเนินการ โดยแยกเป็นระดับความหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัย กลุ่มเดียวเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ร้านเครื่องต้มใน จังหวัดลำปาง และผู้ประกอบการร้านเครื่องต้มใน จังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกร้านเครื่องต้ม ทุก ร้าน จากหมู่บ้านที่มีการดำเนินการสร้างความรอบ รู้ในเรื่องของการบริโภคเพื่อสุขภาพ ทั้ง 147 หมู่บ้าน

เกณฑ์คัดเข้า คือ ร้านเครื่องต้มและ ผู้ประกอบการร้านเครื่องต้มในหมู่บ้านที่มีการ ดำเนินการสร้างความรอบรู้ในเรื่องของการบริโภคตาม นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เกณฑ์คัดออก คือ ร้านเครื่องต้ม และผู้ประกอบการ ในร้านเครื่องต้มที่ 1) ไม่มีที่ตั้งถาวร 2) ไม่สามารถวาง สื่อเชิญชวนให้สั่งเครื่องดื่มอ่อนหวานบริเวณจุดสั่ง เครื่องดื่ม 3) ไม่สามารถให้ลูกค้านั่งดื่มภายในร้าน

4) ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 213 ร้าน

เกณฑ์ให้อาสาสมัครออกจากการศึกษา คือ ร้านเครื่องดื่ม และผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มที่ต้องการออกจากการศึกษาไม่ว่าเหตุผลใดๆ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้เรื่องการบริโภคหวานของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม 2) แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม ในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม โดยเป็นแบบสอบถามชนิดที่ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและเขียนตอบด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ 3) แบบบันทึกข้อมูลความหวานในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติ โดยใช้เครื่อง Brix Refractometer วัดความหวานในเครื่องดื่มก่อนใส่น้ำแข็ง โดยจะวัดซ้ำในเมนูเดิมของ แต่ละร้าน ทุกครั้ง 4) แบบบันทึกข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มของผู้บริโภคของแต่ละร้านโดยผู้ประกอบการเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจำนวนแก้วที่จำหน่ายเป็นเวลา 7 วันต่อครั้ง แยกระดับความหวาน โดยมีกำหนดการเก็บข้อมูลตามตาราง 1 ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84

ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยได้จัดประชุม

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานลดหวานในพื้นที่ ให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคหวาน ชี้แจงแนวทางในการดำเนินงานและการเก็บข้อมูล จากนั้นส่งแบบเก็บข้อมูล เอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งสื่อที่ใช้ ให้ผู้รับผิดชอบงานลดหวานในพื้นที่ดำเนินการดังนี้

1) เดือนมิถุนายน 2565 เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ ให้ความรู้เรื่องการบริโภคหวานโดยใช้สื่อภาพพลิก “รู้ทันความหวาน ห่างไกลโรค” จากนั้นเก็บข้อมูลความรู้หลังดำเนินการให้ความรู้ทันที และสนับสนุนตุ๊กตาสัญลักษณ์อ่อนหวาน (มดน้อยหน้อย) และสติ๊กเกอร์ “สั่งหวานน้อยที่ร้านนี้ดีต่อใจ” โดยให้วางตุ๊กตาและติดสติ๊กเกอร์ในบริเวณที่ผู้บริโภคสังเกตเห็นได้ขณะตัดสินใจสั่งเครื่องดื่ม

2) เดือนกรกฎาคม 2565 เก็บข้อมูลหลังดำเนินการ 1 เดือน สนับสนุนสื่อป้ายตั้งโต๊ะขนาด A4 “รู้ไหม กินหวานอย่างไรไม่ป่วย” วางที่จุดสั่งเครื่องดื่ม รวมถึงติดตามกระตุ้นสร้างแรงจูงใจ

3) เดือนสิงหาคม 2565 เก็บข้อมูลหลังดำเนินการเดือนที่ 2 สนับสนุนสื่อ ป้ายตั้งโต๊ะแบบ 3 เหลี่ยม ให้ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคหวาน วางบริเวณโต๊ะที่ลูกค้านั่งภายในร้าน และติดตามกระตุ้นสร้างแรงจูงใจ

4) เดือนกันยายน 2565 เก็บข้อมูลหลังดำเนินการเดือนที่ 3

จากการรวบรวม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 164 ร้าน

ตาราง 1 กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล

ข้อมูล	กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล
ระดับความรู้ของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม	- ก่อนดำเนินการ - หลังการให้ความรู้ - หลังดำเนินการ 3 เดือน
การปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม	- ก่อนดำเนินการ - หลังดำเนินการ 1 และ 3 เดือน
ค่าความหวานในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม ระดับความหวานปกติ (ก่อนใส่น้ำแข็ง) ** แต่ละร้านวัดค่าความหวานจากเครื่องดื่มเมนูเดียวกันทุกครั้ง	- ก่อนดำเนินการ - หลังดำเนินการ 1,2 และ 3 เดือน
ข้อมูลการเลือกระดับความหวานของผู้บริโภค	- ก่อนดำเนินการ - หลังดำเนินการ 1,2 และ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample T-test

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางเลขที่ E2565-008 วันที่ 5 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม 164 ร้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.5 มีอายุเฉลี่ย 41.4 ปี ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส

ร้อยละ 67.1 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.3 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี และ ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง ร้อยละ 27.5 และ 21.3 ตามลำดับ

ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.8 ไม่มีโรคประจำตัว, เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 13.5

ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มทุกรายไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการบริโภคหวานมาก่อน ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคหวานจากโทรทัศน์ ร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นจากโรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ร้านกาแฟ/ร้านเครื่องดื่ม/ร้านอาหาร ร้อยละ 26.8, 23.2 ตามลำดับ ตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไป (n=164)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	8.5
หญิง	150	91.5
อายุ		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D (ปี)	41.4 $\pm$ 10.32	
ต่ำสุด, สูงสุด (ปี)	21	68
สถานภาพสมรส		
โสด	39	23.8
สมรส	110	67.1
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	9.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	15.9
มัธยมศึกษา	53	32.3
อนุปริญญา	35	21.3
ปริญญาตรี	45	27.5
ปริญญาโท	5	3.0
การมีโรคประจำตัว		
สุขภาพดี	126	76.8
ไม่ได้ตรวจ	3	1.8
เป็นโรค NCD	22	13.5
เป็นโรคอื่นๆ	13	7.9
การได้เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการบริโภคหวานต่อสุขภาพ		
เคย	0	0.0
ไม่เคย	164	100
ช่องทางที่รับรู้ข่าวสาร เรื่องการลดการบริโภคน้ำตาล/การบริโภคหวาน		
โทรทัศน์	70	42.7
ร้านเครื่องดื่ม/ร้านอาหาร	38	23.2
โรงพยาบาล/เจ้าหน้าที่	44	26.8
สาธารณสุข		
อื่นๆ	12	7.3

ความรู้เรื่องการบริโภคหวานของผู้ประกอบการ
ร้านเครื่องดื่ม

ก่อนดำเนินการ ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม
ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการบริโภคหวานระดับน้อย

(น้อยกว่า 6 คะแนน) ร้อยละ 76.2 รองลงมาเป็นระดับ
ปานกลาง (6-7.9 คะแนน) ร้อยละ 22 โดยมีคะแนน
เฉลี่ยเท่ากับ 4.96 คะแนน

หลังการให้ความรู้ ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการบริโภคหวานระดับดีมาก (8 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 79.9 รองลงมา เป็นระดับปานกลาง (6-7.9 คะแนน) ร้อยละ 19.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.40 คะแนน

หลังการดำเนินการ 3 เดือน ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการบริโภคหวานระดับดีมาก (8 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 87.2 รองลงมา

เป็นระดับปานกลาง (6-7.9 คะแนน) ร้อยละ 12.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.66 คะแนน ตาราง 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทั้งระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้ และระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการ 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.05$) ตาราง 4 และ 5

ตาราง 3 ระดับความรู้เรื่องการบริโภคหวานของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มก่อนดำเนินการ หลังให้ความรู้ และหลังการดำเนินงาน 3 เดือน

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังการให้ความรู้		หลังการดำเนินการ 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3	1.8	131	79.9	143	87.2
ปานกลาง	36	22.0	32	19.5	21	12.8
ต่ำ	125	76.2	1	0.6	0	0.0
รวม	164	100	164	100	164	100

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคหวานของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่ม ก่อนและหลังให้ความรู้เรื่องการบริโภคหวาน (n=164)

	ก่อนดำเนินการ		หลังการให้ความรู้		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความรู้เรื่องการบริโภคหวาน	4.96	1.26	8.40	1.80	-27.89	<0.001*

* $p<0.05$

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคหวานของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มก่อนและหลังดำเนินการ 3 เดือน (n=164)

	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ 3 เดือน		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
ความรู้เรื่องการบริโภคหวาน	4.96	1.26	8.66	1.03	-30.10	<0.001*

* $p<0.05$

การปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มใน เรื่องการส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกเครื่องดื่มที่มี ระดับความหวานที่เหมาะสม ก่อนและหลังการ ดำเนินการ

ก่อนดำเนินการ มีผู้ประกอบการส่วนน้อยที่
ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความ
หวานเหมาะสม โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 12.2 บอก
เล่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคหวานให้กับผู้บริโภค
ที่มาซื้อเครื่องดื่ม, ร้อยละ 11.6 ให้คำแนะนำผู้บริโภค
ให้ลดการบริโภคน้ำตาล, ร้อยละ 9.8 มีสูตรเครื่องดื่ม
เพื่อสุขภาพอยู่แล้ว มีเพียง 1 ราย หรือ ร้อยละ 0.6 ที่
เชิญชวนให้ผู้บริโภคลดหวาน และเพียงร้อยละ 4.3 ที่
มีสื่อเกี่ยวกับการบริโภคหวานภายในร้าน

หลังดำเนินการ 1 เดือน ผู้ประกอบการร้าน
เครื่องดื่มทุกรายบอกเล่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภค
หวานให้กับผู้บริโภคที่มาซื้อเครื่องดื่ม, ให้คำแนะนำ
ผู้บริโภคในการลดการบริโภคน้ำตาล และมีสื่อ
เกี่ยวกับการบริโภคหวานเพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคลด
น้ำตาลในเครื่องดื่ม ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 90.2 มีการ

ปรับเปลี่ยนสูตรเครื่องดื่มของร้านให้ ดีต่อสุขภาพ
ของผู้บริโภค, ร้อยละ 52.4 มีการจูงใจให้ผู้บริโภคลด
หวานเช่นการจัดรายการส่งเสริมการขาย หรือมีของที่
ระลึกให้กับผู้สั่งเครื่องดื่มหวานน้อยหรือไม่หวาน

หลังดำเนินการ 3 เดือน ผู้ประกอบการร้าน
เครื่องดื่มทุกรายบอกเล่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภค
หวานให้กับผู้บริโภคที่มาซื้อเครื่องดื่ม, ให้คำแนะนำ
ผู้บริโภคในการลดการบริโภคน้ำตาล และมีสื่อ
เกี่ยวกับการบริโภคหวานเพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคลด
น้ำตาลในเครื่องดื่ม ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 93.9
ปรับเปลี่ยนสูตรเครื่องดื่มของร้านให้ดีต่อสุขภาพของ
ผู้บริโภค, ร้อยละ 62.2 มีการจูงใจให้ผู้บริโภคลดหวาน
ตาราง 6

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการ
ส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดหวาน ทั้งระหว่างก่อนและหลัง
ดำเนินการ 1 เดือน และระหว่างก่อนและหลังการ
ดำเนินการ 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ตาราง 7
และ 8

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ ในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความ
หวานเหมาะสมของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มก่อน หลังการดำเนินการ 1 เดือน และ หลังการ
ดำเนินการ 3 เดือน

การส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจ เลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความ หวานเหมาะสม	การปฏิบัติตัวของผู้ประกอบการในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือก เครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม					
	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ 1 เดือน		หลังดำเนินการ 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. บอกเล่าความรู้เกี่ยวกับการ บริโภคหวานให้กับลูกค้า	20	12.2	164	100	164	100
2. ให้คำแนะนำในการลดการ บริโภคน้ำตาล	19	11.6	164	100	164	100
3. ปรับเปลี่ยนสูตรเครื่องดื่ม	16	9.8	148	90.2	154	93.9
4. จูงใจให้ผู้บริโภคลดหวาน	1	0.6	86	52.4	102	62.2
5. ใช้สื่อฯ กระตุ้นให้ลูกค้าลด น้ำตาลในเครื่องดื่ม	7	4.3	164	100	164	100

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสมของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มก่อนและหลังการดำเนินการ(n=164)

	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ 1 เดือน			
การส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจ เลือกเครื่องดื่มที่มี ระดับความหวานเหมาะสม	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	t-test	p-value
	0.38	1.02	4.43	0.54	-43.89	<0.001*

*p<0.05

ตารางที่ 8 การปฏิบัติในการส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสมของผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มก่อนและหลังการดำเนินการ 3 เดือน(n=164)

	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ 3 เดือน			
การส่งเสริมให้ผู้บริโภคตัดสินใจ เลือกเครื่องดื่มที่มี ระดับความหวานเหมาะสม	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.	t-test	p-value
	0.38	1.02	4.56	0.53	-44.46	<0.001*

*p<0.05

ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนสูตรของร้านโดยลดน้ำตาลในเครื่องดื่มลงนั้น ผู้วิจัยให้ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มเลือกเมนูเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติ ร้านละ 1 เมนู นำมาวัดความหวานเพื่อเป็นตัวแทนระดับความหวานของร้าน โดยวัดความหวานจากเครื่องดื่ม (ก่อนใส่น้ำแข็ง) ของทุกร้าน ก่อนดำเนินการ พบว่าเครื่องดื่มมีความหวานเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 องศาบริกซ์

หลังดำเนินการ 1 เดือน ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีการปรับเปลี่ยนสูตรโดยลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม 139 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 84.8 ความหวานเฉลี่ยในเครื่องดื่มเมนูเดียวกันลดลงเหลือ 13.49 องศาบริกซ์

หลังดำเนินการ 2 เดือน ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีการปรับเปลี่ยนสูตรของร้าน โดยลด

ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม 142 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ความหวานเฉลี่ยลดลง เหลือ 13.39 องศาบริกซ์

หลังดำเนินการ 3 เดือน ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีการปรับเปลี่ยนสูตรของร้าน โดยลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม 145 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 88.4 ความหวานเฉลี่ยลดลง เหลือ 12.81 องศาบริกซ์ โดยมี 19 ร้านที่ไม่ปรับลดปริมาณน้ำตาล ในจำนวนนี้พบว่าร้านเครื่องดื่มจำนวน 9 ร้านที่ความหวานไม่เกิน 10 องศาบริกซ์ตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ตาราง 9

เมื่อเปรียบเทียบความหวานเฉลี่ยในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติ ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ 1 เดือน และก่อนและหลังการดำเนินการ 2 เดือน และ ก่อนและหลังการดำเนินการ 3 เดือน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p<0.05) ตาราง 10

ตาราง 9 ค่าความหวานเฉลี่ยในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติของร้านเครื่องดื่ม และการปรับเปลี่ยนสูตรเครื่องดื่ม โดยลดปริมาณน้ำตาล หรือคิดค้นสูตรเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการ

ค่าความหวานในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติ (n=164)			
ก่อนดำเนินการ			
$\bar{X} \pm S.D$ (บริกซ์)	17.82 $\pm$ 6.58		
หลังดำเนินการ 1 เดือน			
$\bar{X} \pm S.D$ (บริกซ์)	13.49 $\pm$ 5.49		
ร้านเครื่องดื่มที่มีการการปรับเปลี่ยนสูตร	จำนวน	ร้อยละ	
ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานลดลง	139	84.8	
ไม่ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานไม่เปลี่ยนแปลง	25	15.2	
หลังดำเนินการ 2 เดือน			
$\bar{X} \pm S.D$ (บริกซ์)	13.39 $\pm$ 5.39		
ร้านเครื่องดื่มที่มีการการปรับเปลี่ยนสูตร	จำนวน	ร้อยละ	
ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานลดลง	142	86.6	
ไม่ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานไม่เปลี่ยนแปลง	22	13.4	
หลังดำเนินการ 3 เดือน			
$\bar{X} \pm S.D$ (บริกซ์)	12.81 $\pm$ 5.10		
ร้านเครื่องดื่มที่มีการการปรับเปลี่ยนสูตร	จำนวน	ร้อยละ	
ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานลดลง	145	88.4	
ไม่ปรับเปลี่ยนสูตร ระดับความหวานไม่เปลี่ยนแปลง	19	11.6	

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าความหวานเฉลี่ยในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติของร้านเครื่องดื่ม ก่อนและหลังดำเนินการ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน

ค่าความหวานเฉลี่ยในเครื่องดื่มที่ไม่ใส่นม สูตรหวานปกติของร้าน	$\bar{X}$	SD.	t-test	p-value
ก่อนดำเนินการ	17.82	6.58	11.55	<0.001*
หลังดำเนินการ 1 เดือน	13.49	5.49		
ก่อนดำเนินการ	17.82	6.58	11.87	<0.001*
หลังดำเนินการ 2 เดือน	13.39	5.39		
ก่อนดำเนินการ	17.82	6.58	12.90	<0.001*
หลังดำเนินการ 3 เดือน	12.81	5.10		

*p<0.05

ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มของผู้บริโภค

ก่อนดำเนินการส่วนใหญ่ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มสูตรหวานปกติ ร้อยละ 60.8 สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานน้อยและไม่หวาน ร้อยละ 36.7

หลังดำเนินการ 1 เดือน ส่วนใหญ่ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มสูตรหวานน้อยและไม่หวาน ร้อยละ 59.9 สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานปกติ ร้อยละ 39.0

หลังดำเนินการ 2 เดือน ส่วนใหญ่ผู้บริโภค

สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานน้อยและไม่หวาน ร้อยละ 64.8
สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานปกติ ร้อยละ 34.8

หลังดำเนินการ 3 เดือน ส่วนใหญ่ผู้บริโภค

สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานน้อยและไม่หวาน ร้อยละ 69.3
สั่งเครื่องดื่มสูตรหวานปกติ ร้อยละ 30.6 ตาราง 11

ตาราง 11 ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มก่อนและหลังดำเนินการ 1, 2 และ 3 เดือน จำแนกตามระดับความหวาน

ระดับความหวาน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ					
	จำนวน (แก้ว)	ร้อยละ	1 เดือน จำนวน (แก้ว)	ร้อยละ	2 เดือน จำนวน (แก้ว)	ร้อยละ	3 เดือน จำนวน (แก้ว)	ร้อยละ
หวานน้อย/ไม่หวาน	14,791	36.7	26,458	59.9	30,207	64.8	32,898	69.3
หวานปกติ	24,515	60.8	17,224	39.0	16,223	34.8	14,545	30.6
เพิ่มหวาน	1,025	2.5	477	1.1	179	0.4	57	0.10
รวม	40,331	100.00	44,159	100.00	46,612	100.00	47,500	100.00

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวานในจังหวัดลำปางใช้กระบวนการให้ความรู้ผู้ประกอบการ สนับสนุนสื่อความรู้ และติดตามกระตุ้นสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการ ทำให้ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีความรู้เรื่องการบริโภคหวานเพิ่มขึ้น สามารถให้คำแนะนำส่งเสริมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม ส่งผลให้ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มหวานน้อยและไม่หวานเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการปรับลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มของร้านให้เป็นเมนูที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้ผู้บริโภคที่ดื่มเครื่องดื่มจากร้านที่เข้าร่วมการดำเนินงานได้รับปริมาณน้ำตาลลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

การดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวานในจังหวัดลำปาง ใช้กระบวนการให้ความรู้ผู้ประกอบการ

สนับสนุนสื่อความรู้ และติดตามกระตุ้นสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการ สามารถทำให้ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีความรู้เรื่องการบริโภคหวานเพิ่มขึ้น แนะนำให้ผู้บริโภคเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานที่เหมาะสม มีลักษณะการดำเนินงานคล้ายกับร้านกาแฟอ่อนหวานของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน คือ มีการติดสัญลักษณ์เตือนใจให้สั่งหวานน้อย หรือ ให้ผู้บริโภคเลือกระดับความหวาน⁽²²⁾

การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคหวานให้กับผู้ประกอบการ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ: Health Literacy⁽²³⁻²⁵⁾ ทำให้ผู้ประกอบการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบริโภคหวาน จนเกิดความเข้าใจ ได้แก่ ปริมาณน้ำตาลที่ควรได้รับในแต่ละวัน ผลกระทบของการบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไป และความหวานที่เหมาะสมของเครื่องดื่ม ทั้งนี้ ผู้ประกอบการสามารถตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นกับ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานลดหวานระดับพื้นที่ ทำให้ตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยยินดีให้มีการติดสติ๊กเกอร์เชิญชวนให้สั่งเครื่องดื่มหวานน้อย จัดวางสื่อความรู้ในบริเวณที่ผู้บริโภคสังเกตเห็นได้ง่าย สามารถแนะนำผู้บริโภคให้ตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานที่เหมาะสม

นอกจากนี้ การใช้เครื่องมือวัดค่าความหวานของเครื่องดื่ม ทำให้ผู้ประกอบการทราบว่าเครื่องดื่มตามสูตรของร้านตนเองมีปริมาณน้ำตาลเหมาะสมหรือไม่ เมื่อเทียบกับค่าความหวานที่ควรจะเป็นของเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ตัดสินใจที่จะลดน้ำตาลจากสูตรเดิม หรือคิดสูตร Healthy ของร้าน พบว่าส่วนใหญ่ ผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มมีการปรับเปลี่ยนสูตรเครื่องดื่ม โดยลดน้ำตาลลงจากปริมาณเดิม ร้อยละ 93.9 นอกจากนี้พบว่าผู้ประกอบการทุกร้านที่เข้าร่วมกิจกรรมสามารถให้คำแนะนำบอกเล่าความรู้ให้กับผู้บริโภคที่มาสั่งเครื่องดื่มเพื่อให้ตัดสินใจเลือกเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น บอกเล่าถึงผลกระทบของน้ำตาลต่อสุขภาพ ส่งเสริมการขายเมนูหวานน้อย (สั่งเมนูหวานน้อย 10 แก้ว ฟรี 1 แก้ว) แนะนำเมนูหวานน้อย หรือ เมนูเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้มีองค์ประกอบครบตามแบบจำลอง V-shape ของกรมอนามัย คือ เข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ตอบโต้ซักถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ บอกต่อ⁽³²⁾

การติดสติ๊กเกอร์เชิญชวนให้สั่งหวานน้อย และการจัดวางสื่อความรู้เกี่ยวกับการบริโภคหวานในจุดที่ผู้บริโภคสังเกตเห็นได้ขณะสั่งเครื่องดื่ม เป็นการเชิญชวนหรือกระตุ้นให้ผู้บริโภคสั่งหวานน้อยโดยไม่ได้บังคับ สอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม หรือ Nudge⁽³³⁾ จากบทความ SDG: เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้กล่าวถึงการนำ

แนวคิด Nudge มาออกแบบนโยบายเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ใช้หลักการสำคัญคือ “ทำให้รับรู้และเข้าถึงการกระตุ้นนั้นอย่างง่ายดายโดยผสมผสานการใช้ Nudge ในหลายวิธี ได้แก่ การถามลูกค้าทุกครั้งให้เลือกระดับความหวานของเครื่องดื่ม การเสนอสูตร Healthy เป็นรูปแบบของการกระตุ้นโดยการกำหนดเป็นค่าเริ่มต้นที่จะส่งเสริมสุขภาพ การเตือนหรือกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การชี้แนะให้เกิดการตระหนักรู้โดยใช้ภาพ สัญลักษณ์ที่ดึงดูดความสนใจเข้าใจง่าย และโดดเด่น เป็นต้น⁽³⁴⁾ สติ๊กเกอร์ “สั่งหวานน้อยที่ร้านนี้..ดีต่อใจ” และสื่อความรู้อินโฟกราฟฟิกที่มีภาพ สี และข้อความที่ดึงดูดความสนใจที่ถูกจัดวางในบริเวณเคาท์เตอร์สั่งเครื่องดื่ม และ บริเวณที่นั่งดื่มภายในร้าน ทำให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลเรื่องการบริโภคหวานในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจสั่งเครื่องดื่ม ในขณะเดียวกันผู้ประกอบการจะมีการพูดกระตุ้นเชิญชวน ทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจสั่งเครื่องดื่มที่มีระดับความหวานเหมาะสม สอดคล้องกับผลการทดลองกิจกรรม Nudge Bootcamp ของ Good Factory ศูนย์เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมและการทดลอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสสส. ดำเนินการในร้านโกก้าแฟ อำเภอมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ที่เสนอทางเลือกมาตรฐานที่เป็นเมนูหวานน้อยในสัปดาห์ที่ 1 และ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มในลักษณะของป้ายอินโฟกราฟฟิกในช่วงสัปดาห์ที่ 2 พบว่าผู้บริโภคที่รับรู้ข้อมูลปริมาณน้ำตาลในช่วงเวลาดังกล่าวตัดสินใจสั่งเครื่องดื่ม มีการเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ^(35,36)

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้หลักการ Nudge ในการกระตุ้นเกิดการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของ คาดาริโอ โรเมน และ แซนดอนปีแอร์ พบว่าการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ทำให้

ผู้บริโภคมักพบพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพโดยอัตโนมัติ ไม่ผ่านการคิด/ตัดสินใจ ให้ผลลัพธ์ดีกว่า การเตือนหรือการให้ข้อมูลความรู้เพื่อให้คิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ⁽³⁷⁾ ซึ่งการดำเนินการร้านเครื่องดื่ม อ่อนหวาน จังหวัดลำปาง นอกจากจะมีการเตือนและ ให้ข้อมูลผ่านสื่อแล้ว ยังสามารถทำให้ผู้ประกอบการ ส่วนใหญ่ยินดีปรับสูตรเครื่องดื่มโดยลดปริมาณ น้ำตาลลง ทำให้ผู้บริโภคได้รับปริมาณน้ำตาลลดลง โดยอัตโนมัติ

การดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวานมีการ ติดสติ๊กเกอร์และ จัดวางสื่อความรู้ มีข้อจำกัดคือ ต้อง ติดสติ๊กเกอร์ และจัดวางสื่อความรู้บริเวณเคาท์เตอร์ สั่งเครื่องดื่ม และ บริเวณที่นั่งดื่มภายในร้าน จึงจะทำให้ผู้บริโภคได้รับการกระตุ้น หรือรับรู้ข้อมูลเรื่องการ บริโภคหวานในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจสั่งเครื่องดื่ม จึง ไม่สามารถใช้ได้กับกรณีที่ร้านเครื่องดื่มไม่มีพื้นที่ สำหรับการจัดวางสื่อ บริเวณเคาท์เตอร์จุดสั่งเครื่องดื่ม และไม่สามารถใช้ได้ในการกรณีที่มีการสั่งเครื่องดื่มผ่าน ระบบการจำหน่ายเครื่องดื่มแบบจัดส่งถึงที่ (Delivery)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้สื่อในการเตือน/สร้างความตระหนักรู้เพื่อให้ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มที่มีปริมาณ น้ำตาลเหมาะสม ควรมีลักษณะที่ดึงดูดความสนใจ เข้าใจง่าย และโดดเด่น โดยวางในจุดที่สังเกตเห็นได้ ขณะสั่งเครื่องดื่ม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจสั่งเครื่องดื่ม ที่มีปริมาณน้ำตาลเหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางในการเตือน/สร้างความตระหนักรู้เพื่อให้ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่มที่มี ปริมาณน้ำตาลเหมาะสม กรณีที่ผู้บริโภคสั่งเครื่องดื่ม ผ่านระบบการจำหน่ายแบบจัดส่งถึงที่ (Delivery)

3. ควรนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ ไปปรับใช้กับผู้ประกอบการร้านเครื่องดื่มในบริบทอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการ ดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวานในแง่มุมอื่น เช่น ความคิดเห็นของผู้บริโภค หรือผู้ประกอบการ

คำขอบคุณ

ขอบคุณเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ที่ สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. NONCOMMUNICABLE DISEASES COUNTRY PROFILES 2018. Geneva; 2018.
2. ช่อนภา สิทธิ, สโรชา อยู่ยงสินธุ์, ไชยวัฒน์ นามบุญ ลือ. พฤติกรรมเนือยนิ่งและปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและ นวัตกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่ง ประเทศไทย.2565; 1(2):AA1-10.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การจัดการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในประเทศไทย และความท้าทายของหน่วย บริการปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและ เวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(2):4-7.
4. Schrodgers & Rathbone Greenbank. Sugar, Obesity and noncommunicable disease: Investor expectations. 2017.
5. Lafontan M. Role of sugar intake in beverages on overweight and health. Nutr Today. 2010; 45(6):S13-17. doi: 10.1097/NT.0B013E3181FE419E.
6. สุดาตวง กฤษฎาพงษ์. หวานน้อยก็อร่อยได้. [อินเทอร์เน็ต]. 2558[เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2565]; เข้าถึงได้จาก : http://www.dentchulaacth/upload/web_km/file_pdf_62_1918.pdf
7. สุภัทร์ ไชยกุล. น้ำตาล: ความเสี่ยง นโยบายและการ ขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. วารสารโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต].2563;55(1):97-110.

8. World Health Organization. Guideline: sugar intake for adult and children [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>
9. World Health Organization. WHO calls on countries to reduce sugars intake among adults and children [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/news/item/04-03-2015-who-calls-on-countries-to-reduce-sugars-intake-among-adults-and-children>
10. Brand Buffet. สสส. เปิด Insight พฤติกรรมการกินคนไทย ชี้ คนทำงาน “ติดหวาน” มากขึ้น 14% เพิ่มความหวานในเครื่องดื่มสูงขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.brandbuffet.in.th/2022/09/thai-health-insight-workers-like-more-sweet/>
11. Sánchez-Pimienta TG, Batis C, Lutter CK, Rivera JA. Sugar-Sweetened Beverages Are the Main Sources of Added Sugar Intake in the Mexican Population. *J Nutr.* 2016 Sep 1;146(9):1888S-96S.
12. Ricciuto L, Fulgoni VL, Gaine PC, Scott MO, DiFrancesco L. Sources of Added Sugars Intake Among the U.S. Population: Analysis by Selected Sociodemographic Factors Using the National Health and Nutrition Examination Survey 2011–18. *Front Nutr.* 2021;8:1-13. doi: 10.3389/FNUT.2021.687643/PDF
13. American Heart Association. Added Sugars [online]. 2 Nov 2021 [cited 2023 Aug 21]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/sugar/added-sugars>
14. พิมพ์นภานัท ศรีดอนไผ่, ปิยณัฐ ศรีดอนไผ่, ประภาศรี ภูวเสถียร, ยุพาพร นาคงามอนงค์, ประไพศรี ศิริจักรวาล. ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มรสหวานที่จำหน่ายในมหาวิทยาลัยและบริเวณโดยรอบ ภาควิชาที่มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2562; 49(1): 32–43.
15. Brand Buffet. เจาะเบื้องหลังวิถีคิดแคมเปญรณรงค์ใหม่ “ลดหวาน ลดโรค” จากสสส. จับ Insight มาสร้างหนังโฆษณาพร้อมเกณฑ์ระดับความหวานใหม่ ชวนคนไทยสั่งหวานน้อยไม่เกิน 2 ช้อนชา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.brandbuffet.in.th/2022/10/thaihealth-reduce-sugar-reduce-disease-campaign/>
16. The ASEAN Post. Southeast Asia’s bubble tea craze [online]. 27 Dec 2019 [cited 2023 Aug 22]. Available from: <https://theaseanpost.com/article/southeast-asias-bubble-tea-craze>
17. Krieger J, Bleich SN, Scarmo S, Ng SW. Sugar-Sweetened Beverage Reduction Policies: Progress and Promise. *Annu Rev Public Health.* 2021; 42(1):439–61. doi: 10.1146/ANNUREV-PUBLHEALTH-090419-103005
18. Hageaars LL, Jeurissen PPT, Klazinga NS, Listl S, Jevdjevic M. Effectiveness and Policy Determinants of Sugar-Sweetened Beverage Taxes. *J Dent Res.* 2021;100(13):1444-51. doi:10.1177/00220345211014 463.
19. Momin SR, Duna M, Wood AC. The association between sugar-sweetened beverages and child obesity: Implications for us policy. *Safety Issues in Beverage Production: Volume 18: The Science of Beverages.* 2019;451–83. Doi: 10.1016/B978-0-12-816679-6.00014-0
20. Thow AM, Hawkes C. Global sugar guidelines: an opportunity to strengthen nutrition policy. *Public Health Nutr.* 2014;17(10): 2151–5. doi: 10.1017/S1368980014001840
21. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: Patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016 Feb 1;4(2):174–86. Doi: 10.1016/S2213-8587(15)00419-2

22. ข่าวไทยพีบีเอส. 10 ปีเครือข่ายไม่กินหวาน ผู้ปิดทองหลังพระ “ภาชีความหวาน”. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก :<https://www.thaipbs.or.th/news/content/266278>
23. Tanasugarn C. Knowledge and Health Literacy. THUPH. 2021;51(1):1–6.
24. Centers for Disease Control and Prevention. What is Health Literacy?. [Internet]. 11 Jul 2023 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
25. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health Literacy in Context. UERPH. 2018; 15: 2657. Doi: 10.1093/HEAPRO/15.3.259
26. Taylor MK, Sullivan DK, Ellerbeck EF, Gajewski BJ, Gibbs HD. Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. Public Health Nutr. 2019; 22(12):2157–69. doi: 10.1017/S1368980019001289
27. สำนักอาหารสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือรณรงค์ให้ความรู้เรื่องสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
28. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. การถอดบทเรียนและคู่มือแนวทางการดำเนินงานเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ปี 2564-2565. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2565.
29. Thaler RH, Sustein CR. สะกดความคิด สะกดพฤติกรรม(ฉบับปรับปรุง). วชิราตันวิบูลย์วงศ์, ชนวรรณ นิลจินดา, กัลยธีรา อนันต์วัฒนากูบ, สิริธร สิมะวัฒนา, บรรณาธิการ. นรา สุภัคโรจน์, ผู้แปล กรุงเทพฯ; 2561.
30. เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน. รูปแบบการใช้สื่อรณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาลในเครื่องดื่มในร้านกาแฟแบบลดแค่นยอน. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2559.
31. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข. การดำเนินงานร้านเครื่องดื่มอ่อนหวาน (สั่งหวานน้อยที่ร้านนี้..ดีต่อใจ). ลำปาง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง 2564.
32. วิลล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มุกดา สำนวนกลาง, แรกขวัญ สุระวาสี, สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, บรรณาธิการ. แนวคิดหลักของการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
33. วราภรณ์ สามโกเศศ. แนวคิด Nudge ดัดพฤติกรรมมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. 20 ต.ค. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.the101.world/nudge-richard-thaler/>
34. สมาคมเครือข่ายโกลบอลคอมแพ็กแห่งประเทศไทย. SDG Updates: เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 17 ธ.ค. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://globalcompact-th.com/news/detail/635>
35. Good Factory. Nudge Lab สะกดให้กินหวานน้อยด้วยเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://goodfactory.co/nudge-lab/>
36. Blog Good Factory. Nudge Lab “สะกด” ให้คิด (หวานน้อย) จากไอเดียสู่การทดลองทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://blog.goodfactory.co/nudge-lab-สะกด-ให้คิด-หวาน-น้อย-จากไอเดียสู่การทดลองทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม-90b565b0c8fd>.
37. Cadario R, Chandon P. Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments. Mark Sci. 2020;39(3):465–86. doi: 10.1287/MKSC.2018.1128.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุรา
ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง

Food Consumption Behaviors and Nutrition Status of Alcohol-Dependent
Patients in Suanprung Psychiatric Hospital

ณัฐภัทร ม่วงงาม^{1*}, จักรกฤษณ์ วังราชภู², วรางคณา นาคเสน²

Nuttapat Muangngam^{1*}, Jukkrit Wungrath², Warangkana Naksen²

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Master of Public Health Program¹, Faculty of Public Health Chiangmai University,

Faculty of Public Health Chiangmai University²

¹ Corresponding author, Email : nuttapat.mu@gmail.com

(Revised: October 2, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: November 11, 2023)

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยโรคติดสุรา ซึ่งผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลายประการ เช่น ร่างกายอ่อนแอลงง่าย มีความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ง่าย เพิ่มระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น โดยระดับภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงมากอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 225 คน ในระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ T-test , Analysis of Variance (ANOVA) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงทั้งหมดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 86.7 ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย ขณะที่ร้อยละ 13.3 มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ (ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ) ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.745$, $p<.05$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราในรายที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีหรือเหมาะสม มีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุราโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ภาวะโภชนาการ, โรคติดสุรา

ABSTRACT

Malnutrition is a problem found in patients with alcoholism. The impact of malnutrition affects the health and illness of patients in many ways, such as the body becoming easily fatigued, increased risk of infections, prolonged hospital stays, etc. Severe malnutrition can even lead to death. This cross-sectional research aimed to investigate food consumption behaviors, assess the nutritional status, and explore the relationship between these two aspects among alcohol-dependent patients. The study was conducted on 225 alcohol-dependent inpatients at Suanprung Psychiatric Hospital, selected using accidental sampling from August 2022 to January 2023. Data collection methods included a demographic questionnaire, an alcohol consumption questionnaire, a food consumption behaviors questionnaire, and the Nutrition Alert Form for nutritional assessment. The collected data were analyzed using descriptive statistics, tested the difference of mean scores using T-test and Analysis of Variance (ANOVA), and tested the correlation using Pearson Product-Moment Correlation. The findings revealed that all inpatients demonstrated moderate food consumption behaviors. Remarkably, 86.7% of these patients had normal to mild malnutrition, while the remaining 13.3% displayed signs of moderate malnutrition. Furthermore, there was a significant negative correlation between food consumption behaviors and the severity of malnutrition ($r=-0.745$, $p<.05$). These results highlight the vulnerability of alcohol-dependent patients to malnutrition. Healthcare professionals can leverage these insights to improve the nutritional well-being of such patients by addressing and modifying their food consumption behaviors.

Keywords: alcohol-dependent, food consumption behaviors, nutritional status.

บทนำ

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ภาระโรคและการบาดเจ็บ และผลกระทบต่อสังคม แอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรโลก⁽¹⁾

องค์การสหประชาชาติได้มีการกำหนดให้มีการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 2.3 พันล้านคน มีค่าเฉลี่ยการ

ดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 6.4 ลิตร/คน/ปี สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแนวโน้มปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ในปี พ.ศ.2568 อยู่ที่ 6.2 ลิตร/คน/ปี เพิ่มขึ้น 4.1 ลิตรจาก 20 ปีก่อนหน้า⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีความชุกของการดื่มสุราเกือบ 3 ใน 10 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้เป็นนักดื่มประจำและนักดื่มหนักร้อยละ 12.3, 10.1 ตามลำดับ⁽²⁾ สุราเป็นสารมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มเป็นเวลานาน จะเกิดการเสพติด ทำให้ต้องดื่มเป็นประจำ และดื่มเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นการดื่มแบบติด (Alcohol Dependence) ซึ่งในประเทศไทยพบนักดื่มแบบติดมีจำนวนมากถึง 2.1 ล้านคน⁽³⁾

สุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดหนึ่ง⁽⁴⁾ การดื่มสุราทำให้เกิดโทษหลายประการ ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและผลกระทบต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสังคมได้ เช่น ผลต่อสมอง ทำให้เกิดอาการเมาสุรา มีผลต่อการตัดสินใจ มีความจำบกพร่อง ผลต่อดับ ทำให้เกิดตับอักเสบ ตับแข็ง และตับวาย ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลและมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อสุขภาพทางจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสังคมจากการดื่มสุราแล้วขับจนเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมไปถึงการทะเลาะวิวาท และการทำร้ายร่างกายได้⁽⁵⁾

ผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดเป็นปัญหาด้านพฤติกรรม ด้านสมอง และร่างกาย โดยมีอารมณ์และพฤติกรรมจะเริ่มเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงการตัดสินใจ และการควบคุมตัวเองไม่ดี รูปแบบความคิดติดปกติ สับสน มึนงง เบลอ ความจำไม่ดี ไม่สามารถควบคุม

การดื่มได้ หากหยุดดื่มจะรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก และยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา ส่งผลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการละเลยกิจกรรมอื่น ๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบต่าง ๆ⁽⁶⁾ รวมถึงละเลยการรับประทานอาหาร บางครั้งดื่มแต่สุรา ไม่รับประทานอาหารและขนมอาหาร⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อหน้าที่การงานความรับผิดชอบ ทำให้รายได้ลดลง จึงเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนได้ยาก ต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีราคาถูก และด้อยคุณภาพ จนอาจมีผลต่อภาวะโภชนาการได้

ภาวะโภชนาการ เป็นสภาวะร่างกายที่มีผลมาจากการบริโภคอาหาร ผ่านกระบวนการย่อย ดูดซึมอาหาร กระบวนการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ และความสามารถของสารอาหารที่รักษาสมดุลความปกติของการเผาผลาญ โดยภาวะโภชนาการปกติเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานสมดุลเพียงพอกับการใช้พลังงานในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในผู้ป่วยโรคติดสุราอาจพบปัญหาภาวะโภชนาการที่ได้รับพลังงานที่ไม่สมดุลกับพลังงานสำหรับใช้ในกิจวัตรประจำวันที่ลดลง เกิดจากการดื่มสุราปริมาณมากในแต่ละวันโดยไม่ทำกิจวัตรและกิจกรรมอื่น ๆ แอลกอฮอล์ในสุราให้พลังงานเฉลี่ยสูงถึง 7.1 กิโลแคลอรี/กรัม ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับสารอาหารชนิดอื่น แต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ⁽⁸⁾ ทำให้เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกินได้ ส่วนสารอาหารที่ได้รับต่อวันอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากได้รับปริมาณสารอาหารไม่เหมาะสมกับภาวะร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งความชอบ ชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร มีปริมาณการรับประทานอาหารลดลง บางครั้งก็ไม่สามารถรับประทานอาหารครบ 3 มื้อและครบทั้ง 5 หมู่ต่อวัน นอกจากนี้มีความผิดปกติของการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ซึ่งเป็นผลจาก

การที่แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อผนังลำไส้และกระเพาะอาหาร⁽⁹⁾ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้ได้พลังงาน สารอาหารไม่ครบถ้วน และไม่เพียงพอต่อความต้องการจนอาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทั้งในแง่ปริมาณและความครบถ้วนของสารอาหาร ซึ่งสาเหตุที่ได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม อาจเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายมีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหาร มีการเสียสารอาหารจากร่างกายเพิ่มขึ้น ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านน้ำหนักตัว รูปร่างของผู้ป่วยตามมา

โรงพยาบาลสวนปรุง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 1 มีการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราเริ่มตั้งแต่การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา มีการให้การบำบัดรักษาระยะถอนพิษโดยจัดให้มีหอผู้ป่วยเฉพาะในปีงบประมาณ 2561-2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคติดสุราเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1,068, 1,006, 721 และ 646 รายตามลำดับ แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน จะมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี แต่กลับพบว่ามีมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ จากการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่ามีความชุกของการเกิดภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 38 โดยแบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการในระดับเล็กน้อยร้อยละ 19.6 ระดับปานกลางร้อยละ 14.8 และระดับ

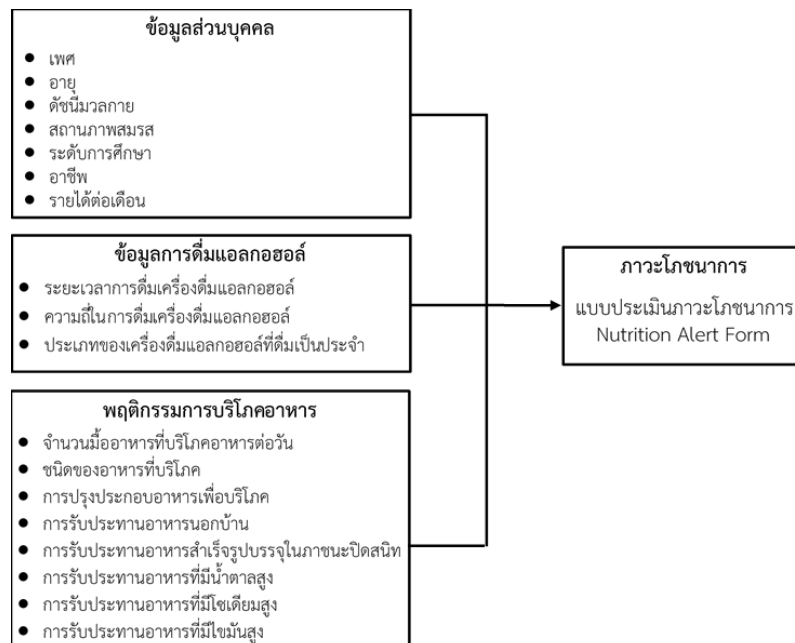
รุนแรงร้อยละ 3.6 จากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรามีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 8.8 และน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 4.4 มีการรับประทานอาหารลดลงก่อนเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 66⁽⁹⁾ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยหลายประการ เช่น เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ อ่อนล้าได้ง่าย อาจเพิ่มระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุรายังมีการศึกษาและสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยติดสุราที่น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มและความรุนแรงของการเสพติดสุราที่มากกว่าผู้ป่วยนอก อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคติดสุรา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาส่งเสริมภาวะโภชนาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคติดสุราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตตื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคไตตื้อ อายุระหว่าง 18 – 60 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 413 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตตื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณสัดส่วนประชากรของ W.G.Cochran⁽¹¹⁾ โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณจากสูตร

$$n_0 = \frac{z^2 p(1-p)}{e^2}$$

และปรับด้วย
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

โดยให้

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

p = ค่าประมาณของสัดส่วนประชากร เท่ากับ 0.5

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.05

แทนค่าลงในสูตรได้ n = 200 หลังจากนั้นปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของ

ข้อมูลได้จำนวน 225 คน สุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา
- 2) ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์หรือมีอาการถอนพิษระดับเล็กน้อย
- 3) ไม่เป็นโรคที่ส่งผลต่อความต้องการพลังงานของร่างกายหรือภาวะโภชนาการ
- 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 5) อายุระหว่าง 18 - 60 ปี
- 6) มีความสนใจในการร่วมการวิจัย

โดยไม่มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแบบประเมินภาวะโภชนาการดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย
2. แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พัฒนาขึ้นโดยสุระเดช ไชยตอกเกีย ผ่านการตรวจความถูกต้องตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชได้ค่าเท่ากับ 0.89⁽¹²⁾ แบบสอบถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในด้านต่าง ๆ ทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ ด้านจำนวนมื้ออาหารที่บริโภคอาหารต่อวัน ชนิดของอาหารที่บริโภค การปรุงประกอบอาหารเพื่อบริโภค การรับประทานอาหารนอกบ้าน การรับประทานอาหารสำเร็จรูปบรรจุในภาชนะปิดสนิท การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ (Positive or Negative Statement) จำนวน 38 ข้อ มีคำตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติบ่อยมาก โดยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form พัฒนาโดย สุรัตน์ โคมินทร์และคณะ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ Subjective Global Assessment (SGA) ผ่านวิธีการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristics (ROC) และ มีสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 0.57⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แนะนำสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการจากแนวทางเวชปฏิบัติ คำแนะนำการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 ของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย โดยประเมินจากข้อมูลด้านโภชนาการของผู้ป่วยทั้งสิ้น 8 หัวข้อ โดยมีคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับตามระดับความรุนแรงภาวะทุพโภชนาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่จะเข้าร่วมงานวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแบบตัวต่อตัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยตนเอง และผ่านการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Alert Form โดยผู้วิจัย
5. ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และข้อมูลภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารและคะแนนข้อมูลภาวะโภชนาการโดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนภาวะโภชนาการ พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง หนังสือรับรองเลขที่ 6/2565 ลงวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย สิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ส่งผลใด ๆ ต่อสุขภาพ และการรักษาที่พึงจะได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อในใบยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีอิสระในการออกจากโครงการวิจัยทันทีที่มีความต้องการโดยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ และผู้วิจัยเคารพในบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่ส่งผลเสียหายต่อบุคคล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 42.02 ปี มีสถานภาพสมรสเป็นโสด มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับ

มัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ของตนเองต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท เมื่อจำแนกตามดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.3 มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 14.2 มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และร้อยละ 40.5 มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ ซึ่งแบ่งเป็นมีภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 20.0 รองลงมาคือ น้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 17.8 และ 2.7 ตามลำดับ

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มานาน 5 - 10 ปี โดยจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกือบทุกวัน (ความถี่ 5 - 6 วัน/สัปดาห์) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดื่มสุราชายเป็นประจำมากที่สุด

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 3.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 คะแนน) โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 2.46 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 3.62 คะแนน ส่วนความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ด้านเพศมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้านอายุ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($n=225$)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเหมาะสมดี (3.67 – 5.00 คะแนน)	0	0.0
พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)	225	100.0
พฤติกรรมไม่เหมาะสม (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.0

ภาวะโภชนาการ พบว่าคะแนนการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยเครื่องมือแบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.7 ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย และพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ร้อยละ 13.3 ส่วนความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะโภชนาการจำแนก

ตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าด้านเพศมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินภาวะโภชนาการในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้านดัชนีมวลกาย และระยะเวลาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะโภชนาการในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างน้อย 1 กลุ่ม

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกณฑ์แบบประเมินภาวะโภชนาการ (n=225)

เกณฑ์ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
NAF = A : Normal-Mild Malnutrition (0 – 5 คะแนน)	195	86.7
NAF = B : Moderate Malnutrition (6 – 10 คะแนน)	30	13.3
NAF = C : Severe Malnutrition (≥ 11 คะแนน)	0	0.0

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ (n=225)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร		คะแนน ภาวะโภชนาการ	
		$\bar{X} \pm SD$	p-value	$\bar{X} \pm SD$	p-value
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	225 (100)	3.07 $\pm$ 0.22		2.48 $\pm$ 2.23	
เพศ			0.023 ^a		0.028 ^a
ชาย	203 (90.2)	3.08 $\pm$ 0.22		2.32 $\pm$ 2.05	
หญิง	22 (9.8)	2.97 $\pm$ 0.20		3.95 $\pm$ 3.21	
อายุ (ปี) ($\bar{X}=42.02$, SD=9.39)			0.042 ^b		0.400 ^b
18 – 30	26 (11.6)	2.98 $\pm$ 0.23		3.12 $\pm$ 2.60	
31 – 40	77 (34.2)	3.12 $\pm$ 0.20		2.27 $\pm$ 1.98	
41 – 50	70 (31.1)	3.06 $\pm$ 0.21		2.54 $\pm$ 2.30	
51 – 60	52 (23.1)	3.06 $\pm$ 0.25		2.37 $\pm$ 2.32	
ดัชนีมวลกาย ($\bar{X}=22.32$, SD=3.60)			<0.001 ^b		<0.001 ^b
BMI < 18.5 กก./ตรม.	32 (14.2)	2.75 $\pm$ 0.15		6.88 $\pm$ 1.76	
BMI 18.5 – 22.9 กก./ตรม.	102 (45.3)	3.13 $\pm$ 0.20		1.75 $\pm$ 1.53	
BMI 23.0 – 24.9 กก./ตรม.	40 (17.8)	3.16 $\pm$ 0.18		1.18 $\pm$ 0.64	
BMI 25.0 – 29.9 กก./ตรม.	45 (20.0)	3.09 $\pm$ 0.13		2.07 $\pm$ 0.65	
BMI ≥ 30 กก./ตรม.	6 (2.7)	2.96 $\pm$ 0.12		3.17 $\pm$ 0.41	
สถานภาพสมรส			0.963 ^b		0.936 ^b
โสด	130 (57.8)	3.07 $\pm$ 0.22		2.43 $\pm$ 2.12	
สมรส	85 (37.8)	3.07 $\pm$ 0.23		2.53 $\pm$ 2.40	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10 (4.4)	3.09 $\pm$ 0.21		2.60 $\pm$ 2.46	
ระดับการศึกษา			0.780 ^b		0.951 ^b
ไม่ได้รับการศึกษา	5 (2.2)	2.93 $\pm$ 0.12		2.80 $\pm$ 1.79	
ประถมศึกษา	22 (9.8)	3.08 $\pm$ 0.24		2.32 $\pm$ 2.34	
มัธยมศึกษาตอนต้น	96 (42.6)	3.08 $\pm$ 0.24		2.47 $\pm$ 2.38	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	60 (26.7)	3.06 $\pm$ 0.22		2.62 $\pm$ 2.28	

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร		คะแนน ภาวะโภชนาการ	
		$\bar{X} \pm SD$	p-value	$\bar{X} \pm SD$	p-value
อนุสัญญา/ปวส.	27 (12.0)	3.06 $\pm$ 0.16		2.52 $\pm$ 1.99	
ปริญญาตรีขึ้นไป	15 (6.7)	3.07 $\pm$ 0.24		2.00 $\pm$ 1.69	
อาชีพ			0.366^b		0.359^b
รับจ้างทั่วไป	102 (45.3)	3.07 $\pm$ 0.22		2.52 $\pm$ 2.12	
เกษตรกร	53 (23.6)	3.08 $\pm$ 0.25		2.42 $\pm$ 2.45	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ	24 (10.7)	3.09 $\pm$ 0.21		2.38 $\pm$ 2.34	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21 (9.3)	3.13 $\pm$ 0.20		1.67 $\pm$ 1.28	
พนักงานเอกชน	15 (6.7)	2.98 $\pm$ 0.20		3.19 $\pm$ 2.54	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (4.4)	3.00 $\pm$ 0.21		3.20 $\pm$ 2.90	
รายได้ของตนเองต่อเดือน (บาท)			0.796^b		0.414^b
< 5,000	11 (4.9)	2.98 $\pm$ 0.20		3.09 $\pm$ 2.77	
5,001 – 10,000	52 (23.1)	3.06 $\pm$ 0.25		2.46 $\pm$ 2.33	
10,001 – 15,000	98 (43.6)	3.08 $\pm$ 0.23		2.57 $\pm$ 2.30	
15,001 – 20,000	41 (18.2)	3.07 $\pm$ 0.19		2.17 $\pm$ 1.94	
20,001 – 25,000	13 (5.8)	3.06 $\pm$ 0.21		3.08 $\pm$ 2.43	
> 25,000	10 (4.4)	3.12 $\pm$ 0.17		1.40 $\pm$ 0.84	
ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)			<0.001^{a,b}		0.035^{a,b}
< 5	39 (17.3)	2.96 $\pm$ 0.21		3.18 $\pm$ 2.49	
5 – 10	101 (44.9)	3.10 $\pm$ 0.20		2.04 $\pm$ 1.85	
11 – 15	52 (23.1)	3.07 $\pm$ 0.22		2.85 $\pm$ 2.40	
16 – 20	23 (10.2)	3.02 $\pm$ 0.26		2.13 $\pm$ 2.22	
> 20	10 (4.5)	2.99 $\pm$ 0.26		3.00 $\pm$ 3.13	
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์			0.760^b		0.136^b
ดื่มทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์)	72 (32.0)	3.06 $\pm$ 0.24		2.25 $\pm$ 2.14	
ดื่มเกือบทุกวัน (5 - 6 วัน/สัปดาห์)	128 (56.9)	3.07 $\pm$ 0.22		2.75 $\pm$ 2.37	
ดื่มวันเว้นวัน (3 - 4 วัน/สัปดาห์)	24 (10.7)	3.10 $\pm$ 0.15		1.71 $\pm$ 1.52	
ดื่มทุกสัปดาห์ (1 - 2 วัน/สัปดาห์)	1 (0.4)	3.19 $\pm$ 0.00		2.00 $\pm$ 0.00	
ประเภทของแอลกอฮอล์ที่ดื่มประจำ			0.677^b		0.892^b
สุราขาว/สุรากลั่น	138 (61.3)	3.07 $\pm$ 0.24		2.52 $\pm$ 2.35	
สุราสี/สุราแดง	35 (15.6)	3.10 $\pm$ 0.20		2.20 $\pm$ 2.08	
สุราพื้นบ้าน	29 (12.9)	3.02 $\pm$ 0.21		2.62 $\pm$ 2.50	
เบียร์	20 (8.9)	3.10 $\pm$ 0.15		2.55 $\pm$ 1.36	
ไวน์องุ่น/แชมเปญ/ไวน์ผลไม้	3 (1.3)	3.12 $\pm$ 0.08		1.67 $\pm$ 0.58	

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ^a ทดสอบโดยสถิติ t-test ^b ทดสอบโดยสถิติ ANOVA

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.745, p<0.05$) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (ระดับคะแนนสูง) จะมีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการต่ำ (ระดับคะแนนต่ำ) ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (ระดับคะแนนต่ำ) จะมีความเสี่ยงภาวะทุพโภชนาการสูง (ระดับคะแนนสูง)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}=3.07, SD=0.22$) ถึงแม้ว่าผู้ที่ติดเชื้ออาจเกิดพฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งความชอบชนิด ปริมาณ และความถี่ในการรับประทานอาหาร มีปริมาณการรับประทานอาหารลดลง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรที่ต้องใช้แรงงาน ทำให้จำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบถ้วน เพื่อที่จะได้มีกำลังในการประกอบอาชีพ อีกทั้งอาชีพเกษตรกรยังสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย สามารถนำผลผลิตของตนที่

ได้จากการเพาะปลูกหรือเลี้ยงสัตว์มาประกอบอาหารรับประทานได้ นอกจากนี้พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนติดเชื้อของผู้ป่วยโรคติดเชื้อในเขตล้านนามักเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลดี และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ⁽⁷⁾ ซึ่งทำให้เกิดเป็นนิสัยที่ดีในการเลือกรับประทานอาหาร จะเห็นได้จากการสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคติดเชื้อครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 77 คน (ร้อยละ 34.2) รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ และกลุ่มตัวอย่าง 91 คน (ร้อยละ 40.5) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่เกือบทุกวัน มีการรับประทานอาหารที่หลากหลายหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติจัด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นการรักษาแบบองค์รวม ให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ภายใต้การดูแลของแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ในด้านโภชนาการมีการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการบำบัดผู้ป่วยใน ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและสภาวะร่างกาย นอกจากนี้มีกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เช่น ความรู้อาหารหลัก 5 หมู่ สอนการเลือกรับประทานอาหารตามสัญญาณไฟจราจร ซึ่งการได้รับความรู้ด้านโภชนาการอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามนิยามศัพท์ของงานวิจัยนี้ หมายถึงแบบแผนหรือการแสดงออกในการบริโภคอาหารโดยใช้การสอบถามความถี่ การรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ทั้งที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารขึ้นอยู่กับความถี่ในการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ ในแบบสอบถาม หากมีความถี่ในการบริโภคกลุ่มอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพมากเกินไปจะผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น อาหารที่พลังงานสูงทำให้เกิดโรคอ้วน เพิ่มความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น

2. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มา รับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.7 ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย และร้อยละ 13.3 มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ถึงแม้ว่าแอลกอฮอล์ให้พลังงานสูง 7.1 กิโลแคลอรี/กรัม แต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการอื่น ๆ⁽⁸⁾ เมื่อดื่มสุราในปริมาณที่พลังงานจากสุรามากกว่าร้อยละ 50 ของพลังงานที่รับประทานอาหารทั้งหมด ระบบของร่างกายอาจใช้พลังงานที่มาจาก การดื่มสุราได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากร่างกายสูญเสียพลังงานในการกระตุ้นการทำงานของ การเปลี่ยนเอทานอลที่ตับด้วยกระบวนการ Microsomal Ethanol Oxidizing System (MEOS)⁽⁸⁾ ทำให้น้ำหนักตัวลดลง และอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของ ภาวะโภชนาการได้⁽¹⁴⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการบริโภคด้านจำนวนมื้อที่บริโภคต่อวัน มีกลุ่มตัวอย่าง 77 คน รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ เป็นประจำ ซึ่งมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย 68 คน อีก 9 คน มีภาวะทุพโภชนาการปานกลาง และด้านชนิดอาหารที่บริโภค มีกลุ่มตัวอย่าง 91 คน รับประทานอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ จำนวนนี้มี ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย 84 คน ส่วน 7 คน มี ภาวะทุพโภชนาการปานกลาง โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ครบถ้วน 5 หมู่เกือบทุกวัน และมีการรับประทานกับเกลือที่มีพลังงานสูงระหว่างดื่มสุรา ซึ่งร่างกายจะได้รับพลังงานส่วนใหญ่จากการบริโภคอาหาร และยัง

ได้รับพลังงานจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่ม จึงอาจทำให้มีความสมดุลพลังงานของความต้องการใช้ พลังงานกับพลังงานที่ได้รับ หรืออาจได้รับพลังงาน มากกว่าความต้องการใช้พลังงานในแต่ละวัน ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย⁽¹⁵⁾ อีกส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการปานกลาง อาจเกิดจากผลของสุราที่ไปรบกวนการย่อยและการดูดซึมอาหาร รวมถึงมีการรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการพลังงาน ทำให้มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวน้อย ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการและ ภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาล สวนปรุงของวจนะ เขมะวิชานรัตน์⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลสวนปรุงส่วนใหญ่มีภาวะ โภชนาการปกติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มา รับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวน ปรุง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=-0.745$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มา รับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่เหมาะสมปานกลาง ซึ่ง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะส่งผลให้ ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานที่เหมาะสมกับ ความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อรูปร่างและ มวลของร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัด สัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในรูปของน้ำหนัก และ ส่วนสูง แล้วนำมาหาสัดส่วนของน้ำหนักและส่วนสูง

เป็นค่าดัชนีมวลกาย จากการสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ค่อนข้างเหมาะสมทั้งจำนวนมือ และชนิดอาหารที่บริโภค จึงทำให้มีคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมปานกลาง ซึ่งพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมส่งผลต่อข้อคำถามใน แบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) ในด้านน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย รูปร่างของ ผู้ป่วย น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง ลักษณะอาหาร ปริมาณที่รับประทาน ทำให้คะแนนการประเมินภาวะ โภชนาการมีคะแนนที่ต่ำ ซึ่งคะแนนการประเมินภาวะ โภชนาการด้วยเครื่องมือแบบประเมิน NAF ยิ่งคะแนน ต่ำ แสดงว่ามีภาวะทุพโภชนาการที่น้อย หรือกล่าวอีก อย่างหนึ่งว่ามีภาวะโภชนาการที่ดี จึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มารับบริการแบบ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ณ ประเทศบราซิล⁽¹⁴⁾ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ทั้งดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และการประเมิน Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ควรนำไปใช้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ยิ่งขึ้น และช่วยส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อราที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐาน และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพ โภชนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบของการพัฒนาเมนูเพิ่ม สารอาหารและพลังงานแก่ผู้ติดเชื้อราที่มีน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐาน ในโรงพยาบาลสวนปรง จังหวัด เชียงใหม่
2. ควรมีการศึกษารูปแบบของพฤติกรรมการบริโภค อาหารเมนูเพิ่มสารอาหารและพลังงานในผู้ติดเชื้อรา ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติ แห่งชาติ; 2564.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานการศึกษาเรื่องความ ชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: กรม สุขภาพจิต; 2559.
4. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในไทย ประจำปี พ.ศ.2560. ก รุง เท พ ฯ : ค ณ ะ แ พ ท ย ศ า ส ต ร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โทษพิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อ ตนเองและผู้ใกล้ชิด. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

6. สวัสดิ์ อัจฉนงค์กรชัย, คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
7. Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S. Trends in inequalities of alcohol-related harms among Thai households: 2007-2017. Drug and alcohol dependence 2019;204:107577.
8. Ormond G, Murphy R. An investigation into the effect of alcohol consumption on health status and health care utilization in Ireland. Alcohol 2017;59:53-67.
9. วจนะ เขมะวิชานรัตน์. ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาลสวนปรุง. จิตเวชวิทยาสาร 2562;3:209-220.
10. โรงพยาบาลสวนปรุง. รายงานประจำปี 2564. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2564.
11. Nanjundeswaraswamy TS, Divakar S. Determination of sample size and sampling methods in applied research. Proceedings on engineering sciences 2021;3:25-32.
12. สุระเดช ไชยตอกเกี้ยว. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย 2561;45:68-78.
13. Komindr S, Tangsemwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pacific Journal Clinical Nutrition 2013;22:516-521.
14. Luecha, T., Peremans, L., Dilles, T., Poontawee, P., & Van Rompaey, B. The prevalence of and factors related to alcohol consumption among young people in Thailand: a systematic review of observational studies. Drugs: Education, Prevention and Policy 2020;27:337-358.
15. สิริพันธุ์ จุลรังคะ. โภชนศาสตร์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2558.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ยินดีรับบทความวิชาการ บทความวิจัย การจัดการความรู้ นวัตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยอนามัยสิ่งแวดล้อม การแพทย์ทั่วไป และการสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่ประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขและปรับปรุง อย่างน้อย 3 ท่าน

วารสารจัดทำปีละ 1 ฉบับ มกราคม – ธันวาคม กำหนดการออกวารสารฯ ในเดือนธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่การรับรองตีพิมพ์จากบรรณาธิการ และคำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์วารสารดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทความวิจัย (Research Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปเอกสารอ้างอิงก็ได้

2. **บทความวิชาการ (Academic Article)** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ การจัดการความรู้ นวัตกรรม การรวบรวมสิ่งตรงพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

4. **บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความวิชาการทั่วไป กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์ประกอบต่าง ๆ ของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการให้ทำตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับนี้ บทความส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องด้านการใช้ภาษาก่อน

2. **การพิมพ์** ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยจัดหน้ากระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) ตั้งค่าน้ำกระดาษสำหรับการพิมพ์ห่างจากขอบบนกระดาษ 1 นิ้ว (1.25 นิ้ว เฉพาะหน้าแรก) ขอบล่าง 0.8 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 0.8 นิ้ว จัดสองคอลัมน์ (ยกเว้นบทคัดย่อภาษาไทย บทคัดย่อภาษาอังกฤษ และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. **รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษใช้ขนาดเดียวกัน ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
- 4) หัวข้อหลักใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา หัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
- 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
- 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt

4 **จำนวนหน้า** ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

5 **ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ และกราฟ** หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหาที่จัดเป็น 2 คอลัมน์ หากมีขนาดใหญ่ให้จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพแผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

6 **การส่งต้นฉบับ** ให้ส่งบทความต้นฉบับ (ในรูปแบบไฟล์ word) พร้อมแบบนำเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1. **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. **ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors)** ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่

ระบุคำนำและตำแหน่งทางวิชาการไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้

นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (Abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5. คำสำคัญ (Keywords) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (Main texts)

6.1 บทความวิจัย (Research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (Research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย

ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุป ที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (Academic Article) : ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (Introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (Body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 บทสรุป (Conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) : ประกอบด้วย

6.3.1 บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

6.3.2 บทนำ (introduction) นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา

6.3.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เขียนทบทวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน

6.3.4 บทวิจารณ์ (Discussions) นำเสนอรายงานผลการศึกษาวเคราะห์ หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การศึกษาควรอธิบาย

ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการศึกษาให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.3.5 บทสรุป (Conclusion)) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับ ได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

6.4 บทความพิเศษ (special article) อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความวิชาการทั่วไป

7 เอกสารอ้างอิง (Reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾
2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author)./ชื่อบทความ(Title of article)./ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year).;/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No).:/หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์ฯ. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
1. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพบูลย์ เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
1. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
1. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
3. เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิจัย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด ^{1, 2, 3}

Affiliation ^{1, 2, 3}

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือ

ตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัย ให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณผลการวิจัยสอดคล้อง หรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย ที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทาง ทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี

ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ ข้อสรุปที่ สมบูรณ์ โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับ ปริญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ ปริญา ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/ screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ บทความวิชาการ/บทความพิเศษ)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด 1, 2, 3

Affiliation1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เนื้อหา

(Content) นำเสนอผลการศึกษาจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจน และตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์ ควรอธิบายผลการศึกษาด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหา พร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่ โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร (Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

(ตัวอย่างรูปแบบ รายงานผู้ป่วย)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด^{1, 2, 3}

Affiliation^{1, 2, 3}

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 พอยต์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

วัตถุประสงค์

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการ (Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์

รายงานผู้ป่วย

(Case report) นำเสนอรายงานผลการจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์บทบทวนเฉพาะประเด็นที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการวินิจฉัยโรค ปัจจัยเสี่ยง หรือสาเหตุของโรค ความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง ที่ลักษณะคลินิกที่หายาก เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวต้องแตกต่างเป็นพิเศษจากรายงานผู้ป่วยรายอื่นที่เคยรายงานก่อนหน้านี้ และ ยังไม่เคยกล่าวถึงในตำราวิชาการมาตรฐาน ค ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟแทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ตัวอักษร TH

Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ
ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

บทวิจารณ์

(Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็น
ว่าผลสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์
สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะ
เหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัย
อะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun
PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด 14 พอยต์

สรุปผล

(Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะ
ประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้
ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้า
มีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK
ขนาด 14 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร
TH Sarabun PSK ขนาด 14 พอยต์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้
(Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ
ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้
ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSKขนาด
14 พอยต์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น
ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ
เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา
หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ
ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ตัวอักษร
TH SarabunPSKขนาด 16 พอยต์ ถ้ามี
ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSKขนาด
14 พอยต์

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title
of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal)
ปีที่ (Year);/เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร
(Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of
the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
(Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication)
: สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)
ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับ
ปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับ
ปริญญา
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title
of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the
Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้า
ถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่; ฉบับที่: [หน้า/
screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from :
URL://http://.....

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท

ชื่อเรื่อง(ไทย)

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐ บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อ

พิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....
ได้ส่งบทความเรื่อง.....
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกอง
บรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอนี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือ
ไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้
ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริม
สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิ
พิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใด
ส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่าย
เดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความ
จริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิทย์
กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอ
รับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรอง
ฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

.....
(.....)
...../...../.....

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถ
เพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด