



โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

ISSN 3057-0026 (Online)

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม 2567

น้ำตกพาตาด

อ.ทองพาทย์ จ.กาญจนบุรี

Credit : กิรฤกษ์ มงคลทิพย์



โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
572 ถ.แสงชูโต ต.ปากแพรก อ. เมือง จ.กาญจนบุรี 71000
โทร : 034-587800 ต่อ 1122-1125
EMAIL : PHAHOLONLINE@GMAIL.COM

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal : PPHJ



เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

ที่ปรึกษา

นพ.นิสิต	ศรีสมบูรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
นพ.วิบูลย์	ภักชบตีกรณ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
พญ.อรกัญญา	ฉิมพาลี	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นพ.ชนาธิป	ไชยเหล็ก	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-----------	----------	------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

พว.ชนากานต์	อนันตริยกุล	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-------------	-------------	------------------------

คณะบรรณาธิการ

ศ.นพ.สมบูรณ์	เทียนทอง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เกษียณอายุราชการ)
นพ.สุทัศน์	โชตนะพันธ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
ดร.นพ.ระพีพงศ์	สุพรรณไชยมาตย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
นพ.รักษพงศ์	เวียงเจริญ	โรงพยาบาลมะเร็ง
ผศ.ดร.นงนุช	วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ดร.ปริยญาภรณ์	ธนะบุญปรวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ภก.ชัยยุทธ	เจตียนุวัตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
ทพญ.อัญชนา	ตันติวงศ์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
พว.ณัฐศิกา	ไคร์ครวญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ภก.พินิจ	ธราภูมิพัฒน์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายวันชัย	ทับทิม	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-----------	--------	------------------------

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นวารสารด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ราย ๔ เดือน
กำหนดออกในเดือน เมษายน สิงหาคม และ ธันวาคม

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
โทร. 034-587800 ต่อ 1122-25

Website <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/>

E-mail address phaholonline@gmail.com

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

สารบัญ

บรรณาธิการ	A
สารบัญ	B-C
บรรณาธิการแถลง	D
ผลของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัยโรคต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัยโรคตาบอดทำเสา อำเภอนาทมะกา จังหวัดกาญจนบุรี สุวัตร นุ่มเจริญ, อัญญา ปลดเปลื้อง	1-14
ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอนาทมะกา จังหวัดกาญจนบุรี อรรณพ จงเจริญ	15-28
ปัจจัยทีมีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอนาทมะกา จังหวัดกาญจนบุรี วันดี โพธิ์พรม	29-44
ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาล ต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พวิสรณ์ ไข่มุก	45-59
พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอนาทมะกา จังหวัดกาญจนบุรี ชัช จันทร์ขำ	60-73
ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัยโรค ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี นิพนธ์ สุขสาระพันธ์	74-86

Phaholpolpayuhasena Hospital Journal

Contents

Editor	A
Contents	B-C
Editor's Note	D
Effect of the Health Literacy in Tuberculosis Disease Prevention Program on the Attitude and Self-care Behavior of People at Risk of Tuberculosis, Tha Sao Sub district, Tha Maka District, Kanchanaburi Province Suwapat Numcharern, Unya Plodpluang	1-14
Effectiveness of enviromental health literacy program of Village Health Volunteers in Laokhwan District Kanchanaburi Province Annop Jongcharoen	15-28
Factors Influencing the Operations of the Local Health Security Fund Committee in Tha Maka District, Kanchanaburi Province Wandee Phophrom	29-44
Effectiveness of the Nursing Organization Management Model on Nursing Practice for Acute Ischemic Stroke Patients Care at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province Phaphatsorn Kaimuk	45-59
Self-care Behaviors and Ability to Control Blood Sugar Level in Elderly Diabetes Patients, Danmakhamtia District, Kanchanaburi Province Chut Jankham	60-73
Effects of Nutritional Promotion Program with Food Supplemented Local Cuisine on Nutritional Status of Tuberculosis In Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province Nipphon Suksaraphan	74-86

บรรณาธิการแถลง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ไม่ใช่ ‘ความรู้’ เกี่ยวกับสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2568 นี้ กระทรวงสาธารณสุขมีตัวชี้วัดระดับกระทรวงเกี่ยวกับ ‘ความรอบรู้ด้านสุขภาพ’ 2 ตัวชี้วัด คือ อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป และระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 สำหรับผู้ที่ไม่ได้ทำงานด้านสุขภาพอาจเข้าใจว่าเป็น ‘ความรู้’ เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งถ้าเข้าใจเช่นนี้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะเป็นการให้ความรู้กับประชาชนตามปกติโดยอาจเป็นรูปแบบการบรรยาย การเผยแพร่สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ และสื่อออนไลน์ เช่น อินโฟกราฟิก คลิปสั้น

แต่ในทางวิชาการจะหมายถึง “**ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพภายในบริบทของการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพตามลำดับ**”⁽¹⁾ สังเกตว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ‘ทักษะ’ เกี่ยวกับ ‘ข้อมูลด้านสุขภาพ’ ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูลจนถึงการนำข้อมูลนั้นมาใช้ได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงต้องออกแบบกิจกรรมสร้างความรอบรู้ตามองค์ประกอบหลัก 4-6 องค์ประกอบ ขึ้นกับว่าจะอ้างอิงกรอบแนวคิดของนักวิชาการท่านใด เช่น K-shape⁽²⁾ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ได้ถาม ตัดสินใจ นำไปใช้ หรือ V-shape⁽³⁾ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาปีที่ 12 ฉบับที่ 3 นี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2 เรื่อง โดยเป็นโปรแกรมความรอบรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิดโรค และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเป็นตัวอย่างในการดำเนินโครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้

กองบรรณาธิการ

เอกสารอ้างอิง

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(80):1-13.
2. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์; 2564.
3. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรคต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรค ตำบลท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Effect of the Health Literacy in Tuberculosis Disease Prevention Program
on the Attitude and Self-care Behavior of People at Risk of Tuberculosis,

Tha Sao Subdistrict, Tha Maka District, Kanchanaburi Province

สุวภัทร นุ่มเจริญ ป.พ.ส.^{1*}, อัญญา ปลดเปลื้อง ป.ด.²

Suwapat Numcharern, Dip in Nursing Science^{1*}, Unya Plodpluang, Ph.D.²

¹กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี 71000

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จังหวัดราชบุรี 70110

¹Department of Communicable Disease Control, Kanchanaburi Provincial Public Health Office, Kanchanaburi Province 71000

²Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Ratchaburi Province 70110

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): ssjsuwapat@gmail.com

Received: 19 July 2024

Revised: 19 September 2024

Accepted: 20 September 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรคต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรค ตำบลท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลองระหว่างวันที่ 24-25 มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุจำนวน 33 คน ในตำบลท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรค แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรควัณโรคค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.798 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: หลังเข้าโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรค กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (30.21 ± 3.17 และ 26.55 ± 3.52 ; $p=0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (44.24 ± 5.78 และ 38.49 ± 8.10 ; $p=0.001$)

สรุปผล: การใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรค โดยใช้กิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ทัศนคติเกี่ยวกับโรควัณโรคและพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลและป้องกันตนเองจากโรควัณโรคของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น จึงควรนำไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรค ทั้งในสถานพยาบาลหรือชุมชนแออัด เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรควัณโรค

คำสำคัญ: การป้องกันโรควัณโรค, ความรู้ด้านสุขภาพ, ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรค, ทัศนคติ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

Objectives: To study the effects of a health literacy in tuberculosis disease prevention program on attitude and self-care behavior of individuals at risk of tuberculosis in Tha Sao Subdistrict, Tha Maka District, Kanchanaburi Province.

Methods: This research was a quasi-experimental study with one-group pretest posttest design between 24-25 June 2024. The sample consisted of 33 elderly diabetic patients. Research tools included the health literacy for tuberculosis disease prevention program, a questionnaire on attitudes and self-care behaviors regarding tuberculosis disease then analyzed for reliability using Cronbach's alpha coefficient. Content validity ranged from 0.67-1.0, and the overall reliability was 0.798. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests.

Results: After participating in the health literacy for tuberculosis disease prevention program, the participants' mean attitude scores towards tuberculosis significantly increased compared to pre-program scores (30.21 ± 3.17 and 26.55 ± 3.52 ; $p=0.001$). Similarly, the participants' mean self-care behavior scores for individuals at risk of tuberculosis significantly increased compared to pre-program scores (44.24 ± 5.78 and 38.49 ± 8.10 ; $p=0.001$).

Conclusions: The use of the health literacy for tuberculosis disease prevention program, which employed interactive learning activities based on health literacy concepts, resulted in significant improvements in participants' attitudes towards tuberculosis and their self-care behaviors for preventing and protecting themselves from tuberculosis. This program should be implemented for individuals at risk of tuberculosis in both healthcare settings and crowded communities to prevent and control tuberculosis infection.

Keywords: tuberculosis prevention, health literacy, individuals at risk of tuberculosis, attitude, self-care behavior

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศทั่วโลกแม้ว่าจะมีการค้นพบยาต้านเชื้อวัณโรคนานกว่า 50 ปีแล้ว แต่ยังคงพบอุบัติการณ์ของวัณโรคในปี 2555 สูงถึง 8.6 ล้านราย และในกลุ่มนี้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรควัณโรคสูงถึง 1.3 ล้านรายต่อปี⁽¹⁾ คาดประมาณว่าปี 2567 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 103,000 ราย หรือคิดเป็น 143 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้นต้องมีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันมีอัตราการลดลงเพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เข้ามารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

ถูกต้อง เหมาะสมจนหายขาด ทั้งนี้กองวัณโรค กรมควบคุมโรคได้กำหนดเป้าหมายอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และวัณโรคกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88 อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยโรควัณโรคร้อยละ 85 เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือเพียง 10 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2578⁽²⁾

จังหวัดกาญจนบุรีมีแนวโน้มในการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาลดลงกล่าวคือ ปี 2562-2566 เท่ากับ 1,079, 872, 795, 914 และ 906 ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค รายใหม่และวัณโรคกลับเป็นซ้ำปี 2561-2565 เท่ากับร้อยละ 83.31, 77.77, 81.86, 80.32 และ 78.66 ตามลำดับสำหรับผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี 2563-2566 รายใหม่ เท่ากับ 42, 43, 38 และ 36 ราย ตามลำดับอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB) ปี 2562 -2565 คิดเป็นร้อยละ 44.45, 62.00, 59.58 และ 47.82 ตามลำดับ สาเหตุที่อัตราความสำเร็จของการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ การเข้ามารับการรักษาช้า การวินิจฉัยล่าช้า การมีโรคแทรกซ้อนระหว่างการรักษา การขาดยา การแพ้ยา และการไม่สนใจรักษา จากสภาพปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการป้องกันควบคุมวัณโรคและวัณโรคคือยาในจังหวัดกาญจนบุรี ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ⁽²⁾ อำเภอท่ามะกา ในปี 2562-2566 พบผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษาค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับอำเภออื่นในจังหวัดกาญจนบุรี โดยขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งจำนวน 28, 15, 19, 20 และ 23 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานส่วนใหญ่ขาดความต่อเนื่องในการมารับการรักษา

จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽³⁾ ที่เสนอองค์ประกอบหลักของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (access skill) 2) ทักษะทางปัญญา (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพต้องพัฒนา 3 ระดับ⁽⁴⁾ ได้แก่ ระดับ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสร้างความเข้าใจ ระดับ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานในการสร้างเสริมปัญญา และ ระดับ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ เน้นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันและการผลักดันสังคม

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽³⁾ และ Nutbeam⁽⁴⁾ มาใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้⁽⁵⁾ เพื่อนำมาใช้ในโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรค ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการเข้าถึงความรู้ และบริการ มีความเข้าใจข้อมูลเรื่องการส่งเสริมป้องกันโรควัณโรคดียิ่งขึ้น ด้วยมุมมองของกลุ่มตัวอย่างผ่านการสังเกต วิเคราะห์ เปรียบเทียบ และตรวจสอบ เพื่อพิจารณาความรู้เหล่านี้ก่อนนำไปใช้อย่างถูกต้องเพื่อจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีผู้วิจัยใช้โปรแกรมการความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรควัณโรคต่อทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรควัณโรคในอำเภอท่ามะกาที่มีผู้ป่วยวัณโรคคือยามากกว่า

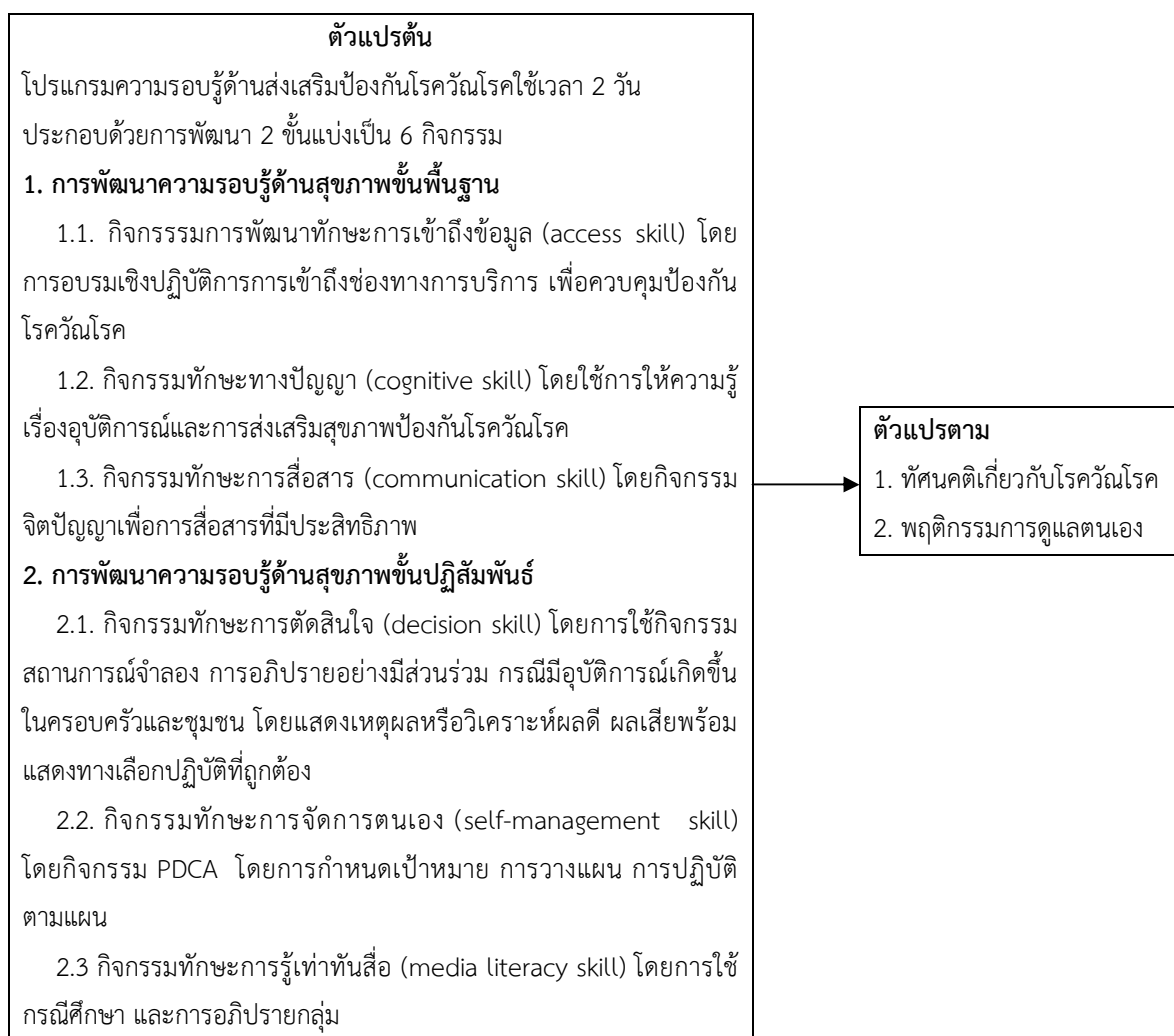
อำเภออื่น ซึ่งการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อประชาชนในพื้นที่ นอกจากนั้นแล้วยังเป็นการควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิดไปยังพื้นที่ใกล้เคียงด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิดก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ความรอบรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิดก่อนและ หลังการใช้โปรแกรมความรอบรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของของกองสุศึกษา⁽³⁾ และ Nutbeam⁽⁴⁾ ในการวิจัยผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิดต่อทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านท่าเสา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุจำนวน 33 คน กลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ความน่าจะเป็นความผิดพลาดในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มอีก ร้อยละ 20 จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง 33 คน

เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารการเคลื่อนไหวฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี 3) มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการและเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ 1) ขอลถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ประกอบด้วยแผนกิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมใช้เวลา 2 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทของกลุ่มเสี่ยงลักษณะตรวจสอบรายการ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bandura⁽⁶⁾ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์การแปลความหมายอิงกลุ่มตามค่าของข้อมูลที่วัดได้โดยนำค่าพิสัยมาแบ่งเป็น 5 ช่วงเท่ากัน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด, 3.50-4.49 หมายถึงระดับมาก, 2.50-3.49 หมายถึงระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึงระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวก คือ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้ 5 คะแนน,

4-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน, 3 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน, 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ส่วนการให้คะแนนพฤติกรรมด้านลบ คือ 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน, 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน, 3 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน, 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติให้ 5 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายอิงเกณฑ์ โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วงร้อยละ ดังนี้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง ระดับมาก ร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถาม ด้วยการส่งพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวัดผลด้านการพยาบาล และด้านการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านทัศนคติเท่ากับ 0.884 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 0.862 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.798

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายรายละเอียดต่อผู้ร่วมวิจัย โดยประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ใช้เวลา 2 วัน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องอุบัติการณ์และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อสร้างทักษะทางปัญญา (cognitive skill) 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการการเข้าถึงช่องทางการบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคและเพื่อเสริมทักษะการเข้าถึงการบริการ (access skill) 3) กิจกรรมจิตปัญญาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (communication skill) 4) กิจกรรม PDCA คือ plan (การวางแผน) do (ปฏิบัติ) check (ตรวจสอบ) และ action (การดำเนินการ) โดยการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลเพื่อเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง (self-management skill) 5) การฝึกทักษะการตัดสินใจ (decision skill) กรณีมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชน โดยแสดงเหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และ 6) การฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อ (media literacy skill) ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์เสมือนจริง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญ เพื่อส่งเสริมทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้กำหนดไว้

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามกับผู้ร่วมวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมครบ 2 วัน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t- test)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำส่งโครงร่างวิจัยเข้าที่ประชุมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี หมายเลข 22/2567 (วันที่รับรอง 17 มิถุนายน 2567) ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นรวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 ราย เป็นชาย 4 ราย และหญิง 29 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.12 และ 87.88 อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี เป็นผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 60.61 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับ ปวส. ร้อยละ 81.82, 9.09 และ 9.09 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ ร้อยละ 42.42 และประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร และค้าขาย ร้อยละ 30.30, 15.15 และ 12.12 ตามลำดับ สถานะเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.45 และ 54.55 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=33)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	12.12
หญิง	29	87.88
อายุ (ปี)		
41-50	1	3.03
51-60	5	15.15
61-70	20	60.61
71-80	6	18.18
81-90	1	3.03

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=33) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	81.82
มัธยมศึกษา	3	9.09
ปวส.	3	9.09
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	14	42.42
รับจ้าง	10	30.30
เกษตรกร	5	15.15
ค้าขาย	4	12.12
สถานะ		
ผู้ป่วยเบาหวาน	15	45.45
ผู้สูงอายุ	18	54.55
รวม	33	100

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิดของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิดเท่ากับ 30.21 คะแนน (SD=3.16) เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเท่ากับ 26.55 คะแนน (SD=3.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิดเพิ่มขึ้นจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ท่านจะรู้สึกอายหากมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยโรค ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคเป็นบุคคลที่ทำให้คนในครอบครัวเดือดร้อน ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคเป็นบุคคลที่คนในชุมชนไม่ควรคบหา ไปมาหาสู่ ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคสามารถหยุดยาได้เองเมื่ออาการดีขึ้น ท่านเชื่อว่าการแยกตัวและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจะลดการแพร่เชื้อได้ และผู้ป่วยโรคเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านพ้นความเจ็บป่วยไปได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิดของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด(n=33)

หัวข้อ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1.ท่านจะรู้สึกอาย หากมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยโรค	3.63	1.22	4.30	1.19	-3.87	0.001
2.เมื่อท่านป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ท่านจะสงสัยว่าตนเองป่วยเป็นโรค	2.03	1.07	2.03	1.07	0	-
3.ท่านเชื่อว่าโรคโควิดเกิดจากการอยู่อาศัยในสถานที่แออัดเป็นเวลานาน	2.81	1.28	3.03	1.45	-2.03	0.051
4.ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคโควิดเป็นบุคคลที่ทำให้คนในครอบครัวเดือดร้อน	3.24	1.30	3.76	1.45	-3.15	0.004
5.ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคโควิดเป็นบุคคลที่คนในชุมชนไม่ควรคบหา ไปมาหาสู่	3.64	0.96	4.18	0.95	-3.34	0.002
6.ท่านคิดว่าผู้ป่วยโรคโควิดสามารถหยุดยาได้เอง เมื่ออาการดีขึ้น	3.70	1.40	4.24	1.37	-3.34	0.002
7.ท่านเชื่อว่าการแยกตัวและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคโควิดจะลดการแพร่เชื้อได้	3.33	1.19	3.97	1.36	-3.93	0.000
8.ผู้ป่วยโรคโควิดเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลือ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านพ้นความเจ็บป่วยไปได้	4.15	0.83	4.67	0.47	-3.40	0.002
รวม	26.55	3.52	30.21	3.17	-3.83	0.001

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด

หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด เท่ากับ 44.24 คะแนน (SD=5.78) เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเท่ากับ 38.48 คะแนน (SD=8.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด เพิ่มขึ้นจำนวน 10 ข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิดโรค ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิดโรค (n=33)

หัวข้อ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1.ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรค	4.12	0.99	4.76	0.61	-3.93	0.000
2.ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับผู้ป่วยโรค	3.85	1.03	4.30	0.98	-3.13	0.004
3.ล้างมือทุกครั้งเมื่อสัมผัสกับผู้ป่วยโรคทุกครั้ง	4.18	0.95	4.82	0.46	-3.93	0.000
4.ทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือทุกครั้ง	3.97	0.92	4.64	0.65	-4.00	0.000
5.หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่ผู้คนมาก เพื่อป้องกันการรับเชื้อโรค	3.85	1.03	4.27	0.91	-3.44	0.002
6.ทานไม่ใช้ของส่วนร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ	4.03	1.21	4.63	1.02	-3.73	0.001
7.ทานอาหารที่ปรุงสุกอย่างเพียงพอ	3.81	0.91	4.30	0.84	-3.34	0.002
8.ทานอาหารที่ปรุงสุกอย่างสม่ำเสมอ	3.45	0.90	3.79	1.02	-2.60	0.014
9.หลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น	3.39	1.17	3.76	1.30	-2.60	0.012
10.ติดตามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ	3.81	1.07	4.27	1.04	-3.14	0.004
รวม	38.48	8.10	44.24	5.78	-3.79	0.001

อภิปราย

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิดโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคโควิดโรคหลังเข้าโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิดโรคเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนา 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เน้นการพัฒนาทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสร้างความเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมการเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่าง รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ เน้นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคม การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันและการผลักดันสังคม และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา⁽³⁾ ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเป็นทัศนคติที่ถูกต้อง ทั้งในด้านความรู้ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคโควิด การป้องกันตนเองเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดได้ในทางบวกมากขึ้น

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคปอดดีขึ้น ส่งผลให้การป้องกันโรคปอดดีขึ้น ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่สอดคล้องกับการศึกษาของช่อกลม รัตนสุรงค์⁽⁸⁾ เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดของผู้สัมผัสร่วมบ้านหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับความรู้เพื่อเป็นฐานในการนำไปสู่การปฏิบัติ มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์ มีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความถูกต้องในการปฏิบัติและกิจกรรมการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมั่นใจว่าจะปฏิบัติได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล ของประภัสสร กาวีโล⁽⁹⁾ ที่พบว่า ผลจากโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพและเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อมูลความรู้จากสื่อ การถามตอบ การสังเกต รวมถึงการเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสำคัญของโรคปอดสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้น ดังนั้นการมีความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคโควิด จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในทางบวกเพิ่มขึ้น สามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง นอกจากเรื่องกระบวนการของหลายงานวิจัยที่สอดคล้องกันแล้ว ยังมีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดของกองสุศึกษา⁽³⁾ และ Nutbeam⁽⁴⁾ มีผลที่สอดคล้องกันของ สุนีย์ สร้อยทอง⁽¹⁰⁾ อธิบายได้ว่าการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam⁽⁴⁾ ที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น และสอดคล้องกับ รุ่งนภา อาระหง⁽¹¹⁾ อธิบายผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง⁽¹²⁾ ที่ใช้เครื่องมือที่ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson พบว่าสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคปอด การรับรู้ตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าการใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson เป็นแนวคิดแบบกลุ่มมีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุนโยบายของตนเองวิเคราะห์

หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ญาณและนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁴⁾ มาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคหัวใจซึ่งกิจกรรมเป็นไปในแนวทางเดียวกันและผลของโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงสามารถนำงานวิจัยนี้ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ทั้งในสถานพยาบาลหรือชุมชนแออัด เพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคหัวใจได้ ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัวใจของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เมื่อท่านป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ท่านจะสงสัยว่าตนเองป่วยเป็นโรค และท่านเชื่อว่าโรคเกิดจากการอยู่อาศัยในสถานที่แออัดเป็นเวลานานเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ อายุ 61- 70 ปี มีคุณลักษณะที่แตกต่างกันมากด้านอายุ การรับรู้เข้าใจ ส่งผลให้การวิจัยคลาดเคลื่อนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัวใจ

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะสั้น ใช้กระบวนการอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ 2 วัน ควรมีการศึกษาต่อเนื่องโดยการประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัวใจ และพฤติกรรมดูแลตนเองในระยะยาว เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น
2. ผู้ศึกษาเป็นผู้วิจัยรายใหม่กำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยใช้สุ่มอย่างง่ายไม่ได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเพิ่มผู้ที่มีสมาร์โฟน เพื่อสอนการเข้าถึงความรู้ได้อย่างง่ายดาย

สรุปผล

การใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคหัวใจ โดยใช้กิจกรรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการด้วยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษาและ Nutbeam ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องอุบัติการณ์และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคหัวใจการอบรมเชิงปฏิบัติการการเข้าถึงช่องทางการบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคและเพื่อเสริมทักษะการเข้าถึงการบริการ กิจกรรมจิตปัญญาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมโดยการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การประเมินผลเพื่อเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง การฝึกทักษะการตัดสินใจ กรณีมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชน โดยแสดงเหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการฝึกความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดอยู่ภายใต้สถานการณ์เสมือนจริง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เผชิญส่งผลทำให้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัวใจ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจ อาการ การติดต่อ การรักษา การดูแลต่อเนื่อง การอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และ

การเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคติดต่อของชุมชน
ตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรค เช่น คลินิกโรคควรใช้โปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคนี้กับกลุ่มเสี่ยงโรคในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคในปัจจุบัน ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้นำชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สำหรับผู้ที่นำโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรค ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ควรศึกษาขั้นตอนต่าง ๆ ให้ละเอียดรอบคอบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และดำเนินการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้เข้ารับความรู้ไม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงสังเกต เชิงคุณภาพรายครอบครัว ให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกในรายละเอียดที่หลากหลาย และนำรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการมาร่วมด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคในชุมชนต่อไป
3. ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างคล้ายเดิม โดยการเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เห็นผลชัดเจนยิ่งขึ้น
4. ควรนำไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรค ทั้งในสถานพยาบาลหรือชุมชนแออัด เพื่อป้องกัน ควบคุม การติดเชื้อโรคได้ ดังนั้นโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรค จะช่วยให้ประชาชน มีความรู้สามารถดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อน และ พี่น้องทุกท่าน ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้ให้โอกาสให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเสาอำเภอด่านมะกอก จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้การอนุเคราะห์สถานที่ในการดำเนินการตามกิจกรรมในโปรแกรมความรู้ด้านส่งเสริมป้องกันโรคและเก็บข้อมูลก่อนหลัง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ขอขอบคุณประชาชนทุกท่าน ที่ตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013 [Internet]. 2013 [cited 2024 May 17]. Available from: <http://www.who.int/publications/i/item/9789241564656>
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตริเพชศรีอุไร. ความฉลาดทางด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศรรณดาการพิมพ์; 2554.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-8.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์; 2561.
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1986.
7. วีระวูธ แก่นจันทร์ใบ, สุมัทนา กลางคาร, สรญา แก้วพิบูลย์. ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(1):79-90.
8. ช่อกมล รัตนสุรงค์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก. 2564;8(2):51-64.
9. ประภัสสร กาวีโล. ผลของการให้ความรู้ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันวัณโรคในผู้สูงอายุ อำเภอขุนตาล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. 2566;4(4):71-86.
10. สุรี สร้อยทอง. ผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230123091447_1889585082.pdf
11. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560. หน้า 161.
12. อุมารพร ครุฑศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(3):24-34.

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี
Effectiveness of enviromental health literacy program
of Village Health Volunteers in Laokhwan District Kanchanaburi Province

อรรณพ จงเจริญ ส.ม.^{1*}
Annop Jongcharoen, M.P.H.^{1*}

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองปรือ จ.กาญจนบุรี 71220

¹Nongprue District Public Health Office, Kanchanaburi, 71220

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): n.jongcharoen@gmail.com

Received: 8 August 2024

Revised: 27 September 2024

Accepted: 30 September 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และแบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 53.33) และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.33) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.20 ± 2.48 และ 14.93 ± 3.15 ; $p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (107.60 ± 5.29 และ 91.00 ± 16.03 ; $p < 0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับเพิ่มขึ้น ควรนำโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างพฤติกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้สามารถดูแลให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนและเป็นต้นแบบในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, อนามัยสิ่งแวดล้อม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

Objectives: To evaluate the effectiveness of an environmental health literacy program for village health volunteers.

Methods: A quasi-experimental study with one-group pretest posttest design was conducted. The sample consisted of 30 village health volunteers from Laokhwan District, Kanchanaburi Province who were selected purposively. Research instruments included an environmental health literacy program and questionnaires for assessing environmental health knowledge and behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

Results: After participating in the program, a majority of participants demonstrated a high level of environmental health knowledge (53.33%) and a high level of environmental health behaviors (73.33%). The mean score of environmental health knowledge post-program was significantly higher than the pre-program score (19.20 ± 2.48 and 14.93 ± 3.15 ; $p < 0.001$). Similarly, the mean score of environmental health behaviors post-program was significantly higher than the pre-program score (107.60 ± 5.29 and 91.00 ± 16.03 ; $p < 0.001$).

Conclusions: The environmental health literacy program significantly improved the knowledge and behaviors of village health volunteers. Therefore, this program should be implemented for village health volunteers to enhance their environmental health literacy and promote environmental management behaviors. This will enable them to provide guidance to community members and serve as role models for environmental management.

Keywords: health literacy, environmental health, village health volunteer

บทนำ

ในปัจจุบันสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชน สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาคุกคามต่อสุขภาพอนามัย เช่น คุณภาพอากาศ น้ำ ขยะ และสารอันตรายต่าง ๆ ฯลฯ⁽¹⁾ แผนปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2566–2570) ใช้หลักคิดคือ “สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งผลต่อสุขภาพประชาชนที่ดียิ่งขึ้น” ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยบูรณาการการดำเนินงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ⁽²⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรสำคัญที่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชน เป็นผู้ที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำ และเป็นต้นแบบในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนดูแลรักษาสภาพแวดล้อมของตนเองและชุมชนได้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ แก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี เพื่อพัฒนามาตรฐานสถานะความเป็นอยู่ที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรม ด้านการศึกษาความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบคำถามและแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง พบว่า ในบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ต่ำจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำด้วย⁽⁴⁾ และผลวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Osborn RH, et al.⁽⁵⁾ กล่าวว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพสูงด้วยเช่นกัน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเลาขวัญ มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลกำกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของท้องถิ่น และเป็นต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของตนเอง ตลอดจนครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาและทำความเข้าใจรูปแบบประเพณีความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเลาขวัญ พบว่าความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีน้อย อีกทั้งแหล่งข้อมูลในปัจจุบันมีหลากหลาย มีทั้งข้อมูลที่เป็นจริงและข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน ต้องมีความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นลำดับแรก ซึ่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน⁽³⁾ มีองค์ประกอบพื้นฐานประกอบด้วย การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล การจัดการบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด การจัดหาและเฝ้าระวังคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อรองรับต่อกรณีสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสร้างพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี ให้สามารถดูแลให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชน และเป็นต้นแบบในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

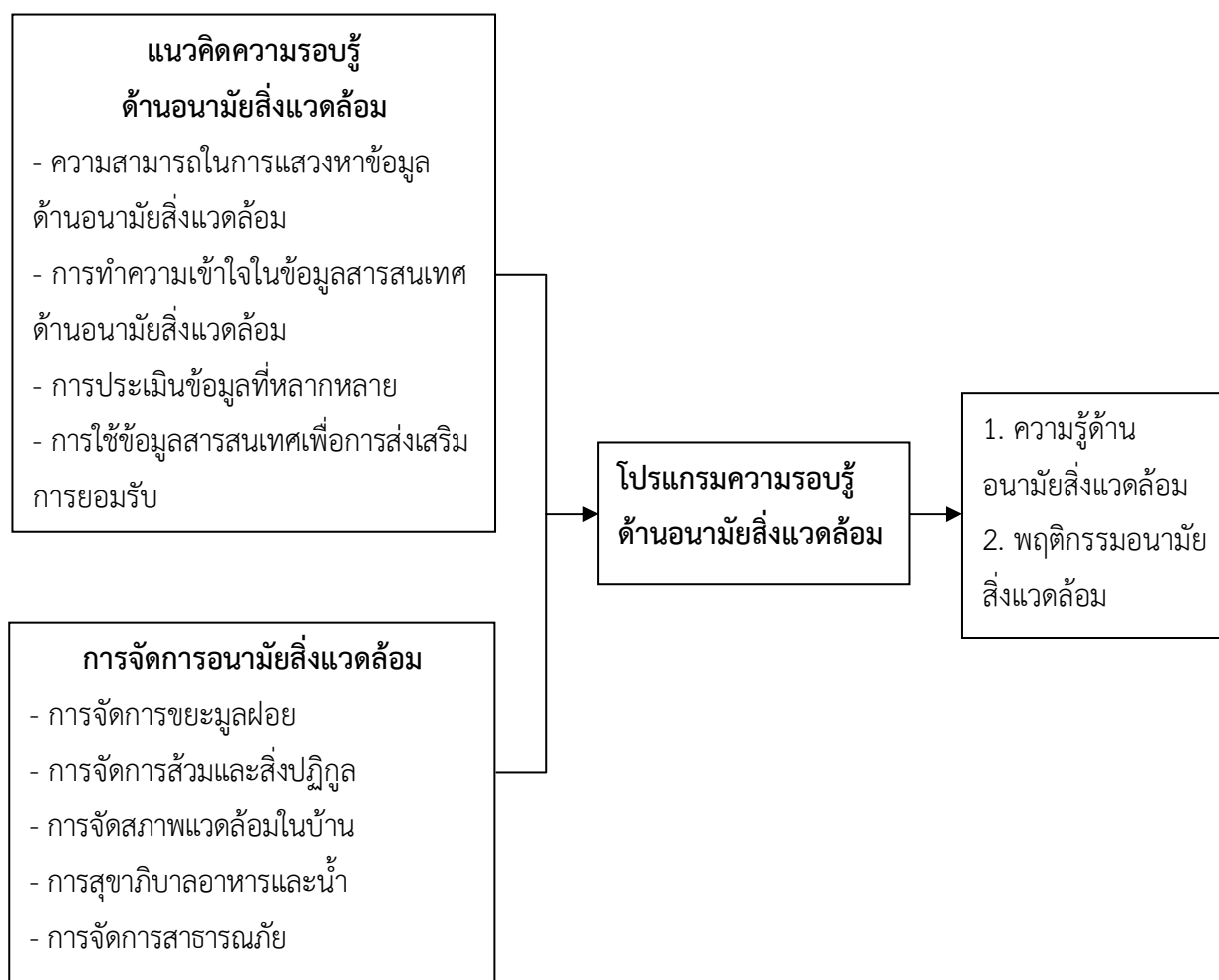
1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

การเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และพฤติกรรมอยู่ในระดับดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy: EHL) ของ Marsili D, et al.⁽⁶⁾ ที่นำมาสู่การกำหนดองค์ประกอบของความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจในข้อมูลสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การประเมินข้อมูลที่หลากหลาย และการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการยอมรับ เพื่อนำมาสู่การวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ 7 ตำบล อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 1,072 คน

กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูลการทดสอบที (t-test) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน ผู้วิจัยกำหนดเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างรายตำบล ดังนี้ ตำบลเลาขวัญ 5 คน ตำบลหนองโสน 4 คน ตำบลหนองปรือ 4 คน ตำบลหนองปลิง 4 คน ตำบลหนองนกแก้ว 4 คน ตำบลทุ่งกระบือ 5 คน และตำบลหนองผ้าย 4 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาและปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเลาขวัญ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ 1) ขาดคุณสมบัติเข้าร่วมวิจัย 2) มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของ Marsili D, et al.⁽⁶⁾ ประกอบด้วย ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจในข้อมูลสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การประเมินข้อมูลที่หลากหลาย และการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมการยอมรับ

2. แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพครอบครัว อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระดับการศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และการจัดการสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน ลักษณะคำตอบมีให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนความรู้มารวมกัน และจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของบลูม⁽⁷⁾ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100

(20 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ความรู้ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60–79 (15-19 คะแนน) หมายถึง ความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และการจัดการสาธารณสุข จำนวน 26 ข้อ รวม 130 คะแนน การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก ดังนี้ เป็นประจำ ได้ 5 คะแนน บ่อย ๆ ได้ 4 คะแนน บางครั้ง ได้ 3 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่เคยได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการกลับคะแนน จากนั้นนำคะแนนพฤติกรรมมารวมกัน และจัดระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของบลูม⁽⁷⁾ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80–100 (104 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คะแนนร้อยละ 60–79 (78-103 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 78 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ วิเคราะห์ค่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) รายข้อเท่ากับ 0.67–1.00 และมีค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนทดลองใช้โปรแกรม แล้วดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ใช้เวลา 4 วัน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

วันแรก บรรยายความรู้ในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และการจัดการสาธารณสุข

วันที่ 2 ฝึกปฏิบัติการค้นหา การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สอนสาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และให้ฝึกสืบค้นโดยใช้โทรศัพท์มือถือ

วันที่ 3 บรรยายความรู้ความเข้าใจการประเมินข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม หลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือจากแหล่งที่มาของข้อมูล

วันที่ 4 ฝึกปฏิบัติการใช้ข้อมูลสารสนเทศ ฝึกวิเคราะห์ในการตรวจสอบ วิเคราะห์สื่อสุขภาพ และตัดสินใจว่าข้อความที่สื่อนำเสนอมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ มีผลกระทบหรือได้รับประโยชน์อย่างไร

หลังจากนั้นทบทวนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หลักการตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือจากแหล่งที่มาของข้อมูล การตรวจสอบ วิเคราะห์สื่อสุขภาพ ผ่านช่องทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ แล้วจึงสำรวจความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังทดลองใช้โปรแกรมแล้ว 1 เดือน และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีที่เอกสารรับรอง EC. NO. 21/2567 (วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยการรักษาความลับการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวมพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของผู้ร่วมวิจัยก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.67 สถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 51.1 ปี โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 17.43 ปี โดยมีระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 10 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	23.33
หญิง	23	76.67
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.33
คู่	15	50.00
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8	26.67

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30-39 ปี	4	13.33
40-49 ปี	8	26.67
50-59 ปี	13	43.33
60 ปีขึ้นไป	5	16.67
Mean = 51.10, SD = 10.05, Max = 75, Min = 31		
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	5	16.67
10-19 ปี	12	40.00
20-29 ปี	10	33.33
30 ปีขึ้นไป	3	10.00
Mean = 17.43, SD = 11.38, Max = 38, Min = 1		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	63.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00
อนุปริญญา/ปวส.	2	6.67

ตอนที่ 2 ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

คะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 53.33) (ตารางที่ 2) เมื่อแยกรายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการขยะมูลฝอย ด้านการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในบ้าน ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และด้านการจัดการสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80.00, 53.33, 60.00, 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแยกรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการจัดการขยะมูลฝอย	น้อย	12	40.00	2	6.67
	ปานกลาง	11	36.67	4	13.33
	มาก	7	23.33	24	80.00
2. ด้านการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล	น้อย	11	36.67	5	16.67
	ปานกลาง	10	33.33	9	30.00
	มาก	9	30.00	16	53.33
3. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน	น้อย	7	23.33	6	20.00
	ปานกลาง	9	30.00	6	20.00
	มาก	14	46.67	18	60.00
4. ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	น้อย	17	56.67	8	26.67
	ปานกลาง	7	23.33	8	26.67
	มาก	6	20.00	14	46.67
5. ด้านการจัดการสาธารณสุข	น้อย	12	40.00	3	10.00
	ปานกลาง	9	30.00	7	23.33
	มาก	9	30.00	20	66.67
รวมทุกด้าน	น้อย	12	40.00	0	0.00
	ปานกลาง	18	60.00	14	46.67
	มาก	0	0.00	16	53.33

คะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.67) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.33) (ตารางที่ 3) เมื่อแยกรายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการขยะมูลฝอย ด้านการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล ด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในบ้าน ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ และด้านการจัดการสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.33, 66.67, 70.00, 63.33 และ 66.67 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมแยกรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม	ระดับพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการจัดการขยะมูลฝอย	ต่ำ	6	20.00	0	0.00
	ปานกลาง	15	50.00	5	16.67
	สูง	9	30.00	25	83.33
2. ด้านการจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล	ต่ำ	10	33.33	0	0.00
	ปานกลาง	14	46.67	10	33.33
	สูง	6	20.00	20	66.67
3. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน	ต่ำ	6	20.00	0	0.00
	ปานกลาง	11	36.67	9	30.00
	สูง	13	43.33	21	70.00
4. ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	ต่ำ	9	30.00	0	0.00
	ปานกลาง	18	60.00	11	36.67
	สูง	3	10.00	19	63.33
5. ด้านการจัดการสาธารณสุข	ต่ำ	6	20.00	0	0.00
	ปานกลาง	13	43.33	10	33.33
	สูง	11	36.67	20	66.67
รวมทุกด้าน	ต่ำ	5	16.66	0	0.00
	ปานกลาง	17	56.67	8	26.67
	สูง	8	26.67	22	73.33

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (19.20 ± 2.48) สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (14.93 ± 3.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (107.60 ± 5.29) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (91.00 ± 16.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ค่าเฉลี่ย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้	14.93	3.15	19.20	2.48	-9.772	<0.001
คะแนนพฤติกรรม	91.00	16.03	107.60	5.29	-4.861	<0.001

อภิปราย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อ อสม. ได้รับโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยการบรรยายให้ความรู้และฝึกปฏิบัติที่มีความหลากหลาย มีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแบ่งกลุ่มอภิปรายร่วมกัน ทำให้ อสม. สามารถแสวงหาความรู้และเข้าใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยบูรณาการความรู้ในเรื่องของความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจในข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การประเมินข้อมูลที่หลากหลาย และการใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมการยอมรับ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานของ เอื้อจิต สุขพล และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ โดยการสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพและจัดปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เหมาะสม และเน้นการมีส่วนร่วมทุกกิจกรรม โดยการสื่อสารความรู้ผ่านช่องทางและสื่อท้องถิ่น ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพให้กับกลุ่มทดลอง

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นรายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำอยู่ในระดับมากเพียงร้อยละ 46.67 อาจเนื่องจากความรู้ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เป็นการจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมปรุงและจำหน่ายอาหาร เพื่อให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค พยาธิ และสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อของผู้บริโภค ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้คำแนะนำคนในชุมชนให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลให้คนในชุมชนได้กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย จึงต้องดูแลสถานที่เตรียม/ปรุงอาหาร และสถานที่รับประทานอาหารให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ดูแลความสะอาดและปลอดภัยของตัวอาหาร สารปรุงแต่ง น้ำและน้ำแข็งบริโภค เครื่องดื่ม ภาชนะอุปกรณ์ รวมถึงสุขอนามัยของผู้เตรียม/ปรุง เสิร์ฟอาหาร

ซึ่งต้องมีความรู้และทักษะค่อนข้างสูง แต่อสม. ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.33 อาจไม่ค่อยเข้าใจความรู้ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของนัฐิกาญจน์ สามสี⁽⁹⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารของอสม. อยู่ในระดับต่ำ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะ อสม. มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำ หรือบุคคลตัวอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน ซึ่งโปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีการบรรยายให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการใช้ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ฝึกวิเคราะห์ในการตรวจสอบ และกระตุ้นผ่านช่องทางไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้มีการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของเทพสุดา จิตรระกุล⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า อสม. ที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ในระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นรายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.33 ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ อยู่ในระดับน้อย จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหง⁽⁴⁾ ที่พบว่าในบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำด้วย และงานวิจัยของไมลา อิสสระสงคราม และทัศนีย์ บุญประคอง⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้ประกอบการมีความรู้เรื่องการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้และพฤติกรรมการสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ที่ถูกต้องแล้วย่อมมีพฤติกรรมที่สูงขึ้น เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลตัวอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ สอดคล้องกับออสบอร์น⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพสูงด้วย และงานวิจัยของณัฐชา สักกะวัน และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้ปรุงอาหารมีความรู้หลักสุขาภิบาลอาหารระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดี

สรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ระดับคะแนนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำอยู่ในระดับมาก ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก

ระดับคะแนนพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน หลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ อยู่ในระดับสูง ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่น ๆ โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถนำไปใช้กับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อยกระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และสร้างพฤติกรรมจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ แต่ควรมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ ความรู้และพฤติกรรมด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ได้คะแนนน้อยกว่าด้านอื่น ๆ การทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาดำเนินกิจกรรมด้านการสุขาภิบาลอาหารและน้ำให้มากขึ้น
2. โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการจัดกิจกรรมที่บรรยายและฝึกปฏิบัติในช่วงระยะแรก หลังจากนั้นจึงทบทวนผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาความรู้ไม่ต่อเนื่อง จึงควรปรับกิจกรรมบรรยายและฝึกปฏิบัติให้มีความถี่มากขึ้น
3. การวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่มีการให้ความรู้แบบอื่น ๆ เปรียบเทียบการใช้โปรแกรมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือหลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญการจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562.
2. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 4 พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://env.anamai.moph.go.th/th/environmental-health-strategic-plan/download?id=113013&mid=31681&mkey=m_document&lang=th&did=32898
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2560.
4. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
5. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13:658.
6. Marsili D, Comba P, De Castro P. Environmental health literacy within the Italian asbestos project: Experience in Italy and Latin American contexts. Commentary. Ann Ist Super Sanita. 2015;51(3):180-82.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2553.

8. เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, วัชรวิรงค์ หวังมัน. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(3):419-29.
9. นัฐติกาญจน์ สามสี. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลเมืองราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://updc.up.ac.th/handle/123456789/254>
10. เทพสุตา จิตรระกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [ปริญญานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564. 194 หน้า.
11. ไมลา อัสสระสงคราม และทัศนีย์ บุญประคอง. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพโภชนาการของผู้ประกอบการในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา) สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561;6(3):29-31.
12. ณัฐชา สักกะวัน, พลอยไพลิน ทองแก้ว, กาญจนา ปินตาคำ, สุเวช พิมน้ำเย็น. ความรู้และพฤติกรรมตามหลักสุขภาพโภชนาการของผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 1. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น. 2564;2(4):76-85.

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

Factors Influencing the Operations of the Local Health Security
Fund Committee in Tha Maka District, Kanchanaburi Province

วันดี โพธิ์พรม ศศ.ม. (สังคมศาสตร์และสุขภาพ)¹

Wandee Phophrom, M.A. (Socials Sciences and Health)¹

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 71120

¹Tha Maka District Public Health Office, Kanchanaburi Province 71120

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): vo2784@gmail.com

Received: 27 August 2024

Revised: 13 November 2024

Accepted: 13 November 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง 175 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามตำแหน่งในกองทุนและเป็นสัดส่วนกับขนาดของประชากร จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: ปัจจัยการบริหารการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก (Mean=4.35, SD=0.47) และการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.33, SD=0.55) ตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ที่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ สามารถทำนายการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นได้ร้อยละ 65.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.650$, $p<0.05$)

สรุปผล: คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาศักยภาพกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุม อบรมวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญปัจจัยการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ เพื่อให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, ปัจจัยการบริหาร, คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

Abstract

Objectives: To study personal characteristics and administrative factors influencing the performance of the local health security fund committee in Tha Maka District, Kanchanaburi Province

Methods: Analytic cross-sectional study was conducted. A sample of 175 individuals was selected using stratified random sampling based on their positions within the fund and proportional to the population size. Data was collected through a questionnaire. Descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis were used for data analysis.

Results: The results revealed that the administrative factors of the local health security fund committee in Tha Maka District, Kanchanaburi province were at a high level (Mean=4.35, SD=0.47), and the performance of the local health security fund committee was also at a high level (Mean=4.33, SD=0.52). Three independent variables were found to have a positive impact on the performance of the local health security fund committee: management, personnel, and budget. These variables collectively accounted for 65.0% of the variance in committee performance ($R^2=0.650$, $p<0.05$).

Conclusions: The local health security fund committee should prioritize the development of the committee members' capacities by encouraging participation in meetings and training on local health security fund management. Particular attention should be given to the administrative factors of management, personnel, and budget to enhance the overall performance of the fund.

Keywords: personal characteristics, administrative factors, local health security fund committee

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55 ได้บัญญัติเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบกับมาตรา 250 กล่าวถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณสุขและกิจกรรมสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁾ และตามมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2545 มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชน โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเจตจำนง ปี 2549 สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั่วประเทศนำร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่ง จนถึงปี 2566 มีกองทุน จำนวน 7,741 แห่ง โดยดำเนินงานเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตั้งแต่ พ.ศ.2549 – 2561⁽²⁾ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม⁽³⁾ แสดงให้เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจและความสำคัญกับการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง

การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันเรียก กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรหรือกลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ และกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุน

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ เพื่อให้การดำเนินงานบริหารจัดการทรัพยากรที่มีให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร Schermerhorn R, et al.⁽⁴⁾ อธิบายว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะประชากร ลักษณะด้านความสามารถ ลักษณะด้านจิตวิทยา ร่วมกับความพยายามในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุน ต้องอาศัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคลากร ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ตำแหน่ง และ 7) ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการกองทุน นอกจากนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคลแล้ว ยังพบว่า ปัจจัยการบริหารที่เหมาะสม มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งองค์กรไม่สามารถดำเนินงานได้ หากขาดปัจจัยการบริหาร โดยทั่วไปปัจจัยการบริหารประกอบด้วย 1) คน 2) เงิน 3) วัสดุอุปกรณ์ และ 4) การบริหารจัดการ หรือเรียกว่า 4M⁽⁵⁾ ซึ่งมีความสำคัญในการบริหารจัดการการประสานงาน และการควบคุม ซึ่งช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนให้บรรลุเป้าหมายและประสบความสำเร็จ

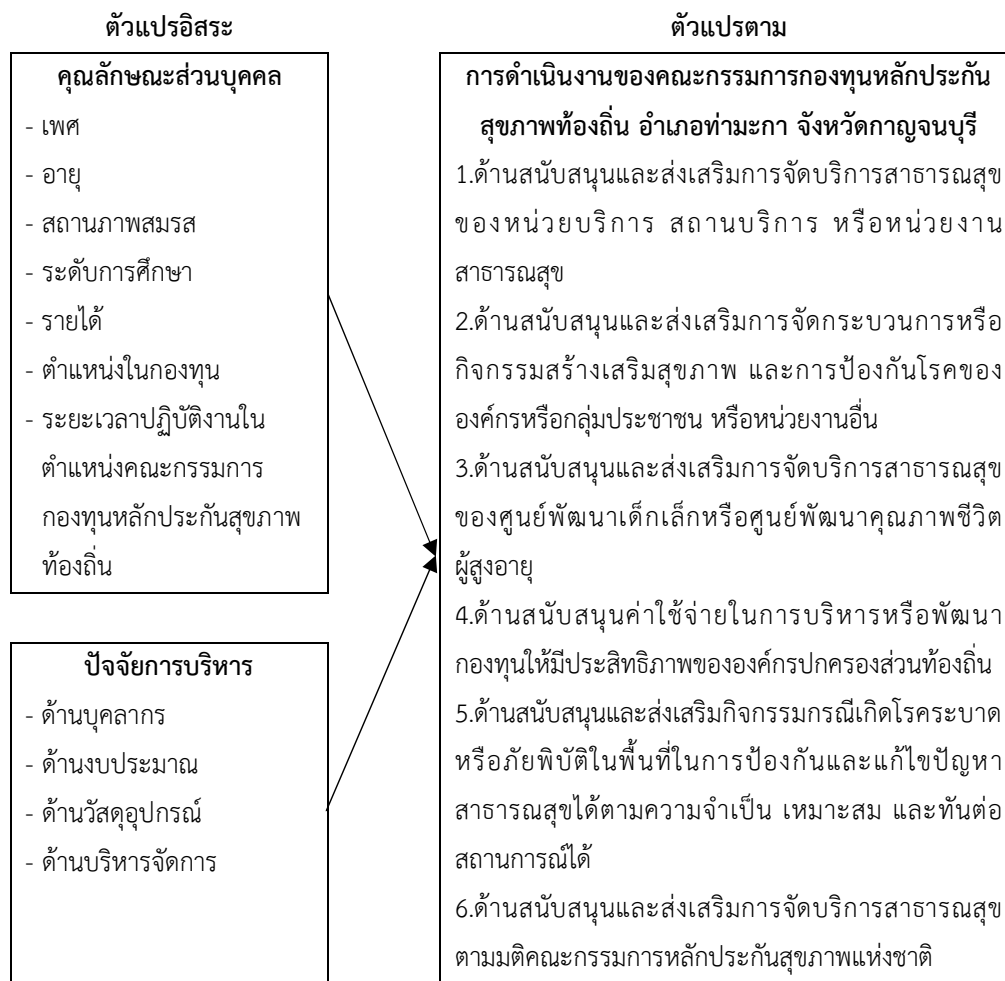
ปี 2566 จังหวัดกาญจนบุรี มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 121 แห่ง ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 120 แห่ง (ร้อยละ 99.17) อำเภอท่ามะกา มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 21 แห่ง ดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 95.24) จากการประเมินผลการดำเนินงานกองทุน ปี 2565 ของทีมประเมินสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 5 ราชบุรี มีเกณฑ์ประเมิน 4 ด้าน 1) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุน 2) ประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน 3) ประสิทธิภาพการสนับสนุนโครงการ 4) ประสิทธิภาพการได้รับประโยชน์เชิงรูปธรรม (ทางสุขภาพ) แบ่งระดับการประเมินกองทุนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับ A⁺ คะแนน 90-100 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพสูง สามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ 2) ระดับ A คะแนน 70-89 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพดี 3) ระดับ B คะแนน 50-69 คะแนน เป็นกองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง 4) ระดับ C คะแนน 0-49 คะแนน เป็นกองทุนที่ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา เป็นการตรวจสอบการดำเนินงานว่ามีความครบถ้วน ถูกต้องตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อำเภอดำรงวิทยากองทุนได้ระดับ A⁺ จำนวน 5 แห่ง ระดับ A จำนวน 12 แห่ง ระดับ B จำนวน 2 แห่ง อีก 1 แห่ง ไม่ได้รับการประเมิน เนื่องจากสมัครเข้าดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในปี 2566 และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานปี 2565-2566 ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้แทนของสาธารณสุขอำเภอดำรงวิทยากองทุน ในฐานที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของแต่ละแห่ง พบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอดำรงวิทยา พบปัญหาในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) คณะกรรมการกองทุนส่วนหนึ่ง ไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับกองทุนที่คณะกรรมการต้องดูแล มีบทบาทหน้าที่ และการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม 6 ด้าน 2) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกองทุนบางคนไม่มั่นใจด้านกฎระเบียบของกองทุน 3) กองทุนส่วนหนึ่งไม่มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกองทุน 4) งบประมาณ 2566 มีงบประมาณคงเหลือสะสม กองทุนจำนวน 6 แห่ง ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5) การรายงานติดตามผลการดำเนินงานโครงการของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน กองทุนบางแห่งไม่ทันภายในสิ้นปีงบประมาณ 6) หน่วยงานบางแห่ง องค์กรหรือกลุ่มประชาชนส่วนใหญ่ขาดทักษะในการเขียนโครงการเขียนโครงการไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของกองทุน และไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายแม้มีการทราบปัญหาเหล่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอดำรงวิทยากองทุนเป็นอย่างไร ซึ่งคณะกรรมการเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุน ลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการ และปัจจัยการบริหาร อาจจะมีผลต่อการดำเนินงานกองทุน ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข และรับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอดำรงวิทยา จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งนี้เพื่อจะได้นำมาพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอดำรงวิทยา จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอำเภอดำรงวิทยารพช. จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2566 มี 20 กองทุน จำนวน 320 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie RV and Morgan DW⁽⁶⁾ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนได้กลุ่มตัวอย่าง 175 คน ดังนี้ $n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + \chi^2 P(1-P)}$ โดย N แทน จำนวนประชากร = 320 คน χ^2 แทนค่าไคสแควร์ที่ระดับขั้นความเสรี (degree of freedom: df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 = 3.841 P แทนสัดส่วนของประชากร = 0.05 e แทนค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05 จะได้ n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 175

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง 175 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามตำแหน่งในกองทุน เทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อประชากรแต่ละตำแหน่ง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในแต่ละตำแหน่งในกองทุน โดยเขียนรายชื่อกรรมการทุกท่านนำใส่ใบบัตร แล้วทำการจับฉลากในแต่ละตำแหน่ง เช่น ตำแหน่ง นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นจับฉลากจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยไม่ใส่คืน ทำวิธีเดียวกันจนครบทุกตำแหน่ง

เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในอำเภอท่ามะกา ระยะเวลาปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีให้ข้อมูล และเกณฑ์คัดออกคือ 1) ปฏิเสธการให้ข้อมูลในขณะดำเนินการวิจัย 2) ย้ายถิ่นฐานระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการกองทุน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบและเติมคำ หรือจำนวนลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริหารการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี 6 ด้านตามกรอบแนวคิดการวิจัยจำนวน 17 ข้อ

ทั้งส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด โดยใช้มาตรวัดประมาณค่าของแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale)⁽⁷⁾ เกณฑ์ให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์แปลผลคะแนนแบ่งเป็นช่วงคะแนนเฉลี่ยได้แก่ ระดับมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50–4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50–2.49 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) นำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในอำเภอท่ามะกา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง โดยขอความร่วมมือคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยเก็บข้อมูล เมื่อได้แบบสอบถามที่ได้รับกลับมาทั้งหมด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยการบริหาร และการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (multivariate relationship) เพื่อหาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ EC.NO. 15/2567 (วันที่รับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2567) ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ และชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยกับทีมช่วยเก็บข้อมูล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 175 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.6) อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 42.9) รองลงมา มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 29.7) สถานภาพสมรส สมรสแล้ว (ร้อยละ 68.0) ระดับการศึกษา มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 54.3) รายได้ต่อเดือนมีรายได้ต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 29.7) เป็นผู้แทนจากหมู่บ้านหรือชุมชน (ร้อยละ 31.0) ระยะเวลาปฏิบัติงาน ปฏิบัติงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 44.0) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
อำเภอดำรงะกา จังหวัดกาญจนบุรี (n=175)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	47.4
หญิง	92	52.6
กลุ่มอายุ(ปี)		
31-40	8	4.5
41-50	40	22.9
51-60	75	42.9
มากกว่า 60	52	29.7
Min = 31 ปี, Max = 76 ปี, Mean = 55.14 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	34	19.4
สมรส	119	68.0
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	22	12.6
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	95	54.3
ปริญญาตรี	52	29.7
ปริญญาโท	27	15.4
ปริญญาเอก	1	0.6
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 10,000	43	24.6
10,001-20,000	52	29.7
20,001-30,000	20	11.4
30,001-40,000	23	13.1
40,001-50,000	19	10.9
มากกว่า 50,001	18	10.3
ตำแหน่งในกองทุน		
นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	11	6.3
ผู้ทรงคุณวุฒิ	22	12.5
สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	22	12.5
หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ	11	6.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอต่อมะกาศ จังหวัดกาญจนบุรี (n=175) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	22	12.5
ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชน	54	31.0
ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	11	6.3
ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย	11	6.3
หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย	11	6.3
ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ปี)		
1-5	77	44.0
5-10	60	34.3
11-15	35	20.0
16-20	2	1.1
>21	1	0.6
Min = 1 ปี, Max = 22 ปี, Mean = 6.82 ปี		

ปัจจัยการบริหารการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอต่อมะกาศ จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.35, SD = 0.47) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล ปัจจัยการบริหารการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอต่อมะกาศ จังหวัดกาญจนบุรี (n=175)

ปัจจัยการบริหาร	Mean	SD	แปลผล
ด้านบุคลากร	4.35	0.51	มาก
ด้านงบประมาณ	4.55	0.54	มากที่สุด
ด้านวัสดุอุปกรณ์	4.19	0.57	มาก
ด้านการบริหารจัดการ	4.35	0.51	มาก
รวม	4.35	0.47	มาก

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอต่อมะกาศ จังหวัดกาญจนบุรี อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.33, SD = 0.55) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผล การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรี (n=175)

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข	4.53	0.54	มากที่สุด
2. ด้านสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนหรือหน่วยงานอื่น	4.41	0.62	มาก
3. ด้านสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	4.33	0.87	มาก
4. ด้านสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนให้มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4.18	0.68	มาก
5. ด้านสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้	4.46	0.60	มาก
6. ด้านสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการบริการสาธารณสุขตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3.98	0.79	มาก
รวม	4.33	0.55	มาก

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรอิสระ คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหาร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งในกองทุน ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ ปัจจัยการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ซึ่งตัวแปรอิสระที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการ มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ มีค่า tolerance มากกว่า 0.2 และค่า VIF น้อยกว่า 4 แสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ (multicollinearity) และส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอกำแพงแสน จังหวัดกาญจนบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) เท่ากับ 0.533, 0.223 และ 0.162 ตามลำดับและในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.504, 0.210 และ 0.162 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เขียนสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $Y = 0.292 + 0.533$ (ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ) $+ 0.223$ (ปัจจัยด้านบุคลากร) $+ 0.162$ (ปัจจัยด้านงบประมาณ) ทั้ง 3 ตัวแปรสามารถทำนายการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนฯ ได้ร้อยละ 65.0

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี (n=175)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	Beta	t	p-value
ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ	0.533	0.079	0.504	6.733	<.001
ปัจจัยด้านบุคลากร	0.223	0.077	0.210	2.884	0.004
ปัจจัยด้านงบประมาณ	0.162	0.072	0.162	2.242	0.026
ค่าคงที่	0.292	0.230	-	1.268	0.207

R=0.806, R²=0.650, Adj R²=0.644, F=105.949

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี อภิปรายผล ดังนี้

ปัจจัยการบริหารการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยการบริหาร อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การสนับสนุนปัจจัยการบริหารด้านต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญ การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี จะบรรลุได้นั้น ต้องได้รับการสนับสนุนเพราะเป็นปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ บุญมี⁽⁸⁾ อเนก นนทะมาตย์⁽⁹⁾ นพพล สีหะวงษ์⁽¹⁰⁾ และมนฤดี อุดมตัน⁽¹¹⁾ อยู่ในระดับมาก

การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัย ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้แทนของสาธารณสุขอำเภอ ในฐานะที่ปรึกษากองทุน เข้าร่วมประชุม เห็นว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุน อำเภอท่ามะกา ผู้มีบทบาทสำคัญได้แก่ บุคลากรที่บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นคณะกรรมการกองทุนมีประสบการณ์ดำเนินงาน และข้าราชการที่เป็นคณะกรรมการกองทุนส่วนหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตามหลักเกณฑ์แห่งประกาศ พ.ศ. 2561 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม สามารถขึ้นนำกรรมการที่มาจากภาคส่วนอื่น ๆ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนได้สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ บุญมี⁽⁸⁾ อเนก นนทะมาตย์⁽⁹⁾ นพพล สีหะวงษ์⁽¹⁰⁾ มนฤดี อุดมตัน⁽¹¹⁾ รัตนากร พลโพธิ์⁽¹²⁾ และสมชาย แสนลั้ง⁽¹³⁾ อยู่ในระดับมาก

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีสามารถทำนายการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนฯ ได้ร้อยละ 65.0 อธิบายได้ว่า ด้านการบริหารจัดการ กองทุนบริหารจัดการภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนที่สรรหามาจากทุกภาคส่วน มีกระบวนการที่โปร่งใส เปิดเผย และมี

ส่วนร่วมของประชาชน ข้อมูลจากการวิจัย อยู่ในระดับมาก โดยประธานกองทุน เป็นนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีเลขานุการกองทุน คือ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีองค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานคลัง ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ทรงคุณวุฒิ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และผู้แทนชุมชน เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม การบริหารจัดการเป็นทีมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยตรงจากการที่ผู้วิจัยได้เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการกองทุน มีความคิดเห็นว่า นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นทั้งประธานกองทุนที่ตนเองเป็นผู้กำกับดูแล การดำเนินงานของกองทุน ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานกองทุน การบริหารจัดการดี ย่อมส่งผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนดีด้วย แต่ทั้งนี้คณะกรรมการกองทุนควรเรียนรู้ที่จะบริหารจัดการ มีทักษะในการบริหารจัดการ สามารถทำตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับการศึกษาของเนก นนทะมาตย์⁽⁹⁾ นพพล สีหะวงษ์⁽¹⁰⁾ และมนฤดี อุดมตัน⁽¹¹⁾ ปัจจัยด้านวิธีการจัดการ สามารถร่วมพิจารณาการดำเนินงานกองทุนได้

สำหรับด้านบุคลากร นับเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะเป็นผู้ดำเนินการทุกอย่าง จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการกองทุน กองทุนมีการคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนระหว่างปี 2565–2566 อยู่ในวาระคราวละ 4 ปี ผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุน ได้แก่ บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นคณะกรรมการ และคณะทำงานกองทุนซึ่งทีมบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นคณะกรรมการกองทุนที่มีประสบการณ์ในการทำงานกองทุนและข้าราชการที่เป็นคณะกรรมการกองทุนส่วนหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตามหลักเกณฑ์แห่งประกาศฯ พ.ศ. 2561 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม สามารถชี้แนะกรรมการที่มาจากภาคส่วนอื่น ๆ ให้ดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนได้แต่จะมีคณะกรรมการอีกส่วนหนึ่งไม่ค่อยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประกาศฯ พ.ศ. 2561 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานกองทุนบางคนไม่มั่นใจด้านกฎระเบียบของกองทุน ซึ่งอาจเกิดจากได้รับการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการยังไม่เพียงพอ จากผลการวิจัยด้านสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนให้มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีคะแนนน้อยสุดในด้านนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ไคลมี⁽¹⁴⁾ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ได้แก่ คณะกรรมการขาดความรู้ด้านกฎระเบียบแนวทางปฏิบัติ ขาดความรู้ในการบริหารจัดการกองทุน องค์กรภาคประชาชนยังขาดทักษะ ความรู้ในการเขียนโครงการเพื่อขอรับเงินจากกองทุนและสอดคล้องกับศิริพร พันธุ์ลีวัฒนา วณิชชานนท์⁽¹⁵⁾ คณะกรรมการกองทุน ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ทำให้การนำเงินของกองทุนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ของกองทุนซึ่งปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร เป็นหัวใจในการดำเนินงานเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ดังนั้น บุคลากรควรมีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานของกองทุน กิจกรรมหนึ่งที่จะช่วยได้ คือ การฝึกอบรมและการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานสอดคล้องกับการศึกษาของ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ควรสนับสนุนให้กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยเข้าร่วมประชุม อบรม เพิ่มพูนความรู้ และวิธีการดำเนินงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีระเบียบกำหนดให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นทุกคน ได้รับการพัฒนาศักยภาพเรื่องการทำงานเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาแนวทางในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
2. ศึกษาปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
3. ศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานกองทุนให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ โดยอาศัยภาคีเครือข่ายและประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายสมหวัง ทรัพย์อนันต์ รองผู้อำนวยการกลุ่มจังหวัดที่ 1 (จังหวัดราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี นางชลลดา ไคลมี หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี นายสมโภช บุญวัน สาธารณสุขอำเภอท่ามะกา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการและคณะทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และช่วยเก็บข้อมูล และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่สนับสนุนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.senate.go.th>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ.2561). กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2564.

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/>
4. Schermerhorn R, Hunt G, Osborn N. Organization behavior. New York: John Wiley and Sons; 2003.
5. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2549.
6. มารยาท โยทองยศ, ปราณี สวัสดิธรรม. การกำหนดขนาดของตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dspace.nstru.ac.th:8080/dspace/bitstream/123456789/1580/3/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%822.pdf>
7. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
8. วรพรรณ บุญมี. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
9. อนนก นนทะมาตย์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
10. นพพล สีหะวงษ์. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
11. มนฤดี อุดมตัน, ประจักษ์ บัวผัน, มกราพันธุ์ จูฑะรสก. การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2561:19(1):161-171.
12. รัตนกร พลโพธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น [การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
13. สมชาย แสนล้ง. การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารกองทุน ในจังหวัดนครพนม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2559.

14. ชลลดา ไคลมี. ศักยภาพการปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดกาญจนบุรี. กาญจนบุรีเวชสาร. 2562:7(20),5-29.
15. ศิริพร พันธุ์ลี, วัฒนา วณิชชานนท์.การพัฒนาขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่. รายงานวิจัย. สำนักวิจัยและส่งเสริมวิชาการการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2557.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาล ต่อการปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
Effectiveness of the Nursing Organization Management Model on Nursing Practice
for Acute Ischemic Stroke Patients Care at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province

พภัสสรณ์ ไช้มุก ป.พ.ส.^{1*}

Phaphatsorn Kaimuk, Dip in Nursing Science^{1*}

¹กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ่อพลอย อ.บ่อพลอย จ.กาญจนบุรี 71160

¹Department of Nursing, Bo Phloi Hospital, Bo Phloi District, Kanchanaburi Province 71160

* ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): jatuporn.a789@gmail.com

Received: 23 November 2024

Revised: 23 December 2024

Accepted: 24 December 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลตามแนวคิด 7S ของแมคคินซีต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ด้านพยาบาลวิชาชีพและด้านผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

วิธีการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโดยตรงจำนวน 35 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่มารับบริการโรงพยาบาลบ่อพลอย ก่อนและหลังทดลองกลุ่มละ 30 ฉบับ สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัย: หลังการใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.33 ± 3.06 และ 6.83 ± 4.14 , $p=0.032$) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาเฉลี่ยลดลง (3.34 ± 3.67 ชั่วโมง และ 5.02 ± 6.01 ชั่วโมง, $p=0.003$) และระยะเวลาในการเข้าระบบช่องทางผ่านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิตใช้เวลาเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (23.32 ± 8.76 นาที และ 78.87 ± 14.00 นาที, $p<0.001$)

สรุปผล: รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาผลลัพธ์ที่ต้องการทั้งในด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการบริหารเวลา

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการภายในองค์กร, การปฏิบัติการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน

Abstract

Objectives: To study the effects of using the McKinsey 7S nursing organization management model on acute ischemic stroke nursing practice at Bo Phloi Hospital, focusing on the roles of professional nurses and patient care before and after implementing the model.

Methods: A quasi-experimental research with one-group pretest posttest design was conducted. The sample included 35 nursing professionals directly involved in patient care and acute stroke patients who received services at Bo Phloi Hospital, 30 medical records of each before and after the intervention. Purposive sampling was used for participant selection. Data were collected using questionnaires and patient medical records. Data analysis involved descriptive statistics and t-tests.

Results: After the implementation of the model, the average scores of nursing knowledge regarding acute ischemic stroke care significantly increased (10.33 ± 3.06 vs. 6.83 ± 4.14 , $p=0.032$). Regarding patient outcomes, the average time to access services after the onset of stroke symptoms decreased (3.34 ± 3.67 hours vs. 5.02 ± 6.01 hours, $p=0.003$). The average time for surviving acute stroke patients to enter the emergency system also significantly decreased (23.32 ± 8.76 minutes vs. 78.87 ± 14.00 minutes, $p<0.001$).

Conclusions: The internal management model developed by the nursing organization for acute ischemic stroke care effectively enhanced nursing practice, leading to improved quality and efficiency in patient care. These findings highlight the model's potential to achieve desired outcomes in both patient care quality and time management.

Keywords: organizational management model, nursing practice, acute Ischemic stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับที่ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53

ตามลำดับ⁽¹⁾ ดังนั้นการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตันระยะเฉียบพลันเป็นหนึ่งในสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยได้กำหนดแนวทางในการรักษาผู้ป่วยแบบเร่งด่วน (stroke fast track) ไว้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ⁽²⁾

โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี⁽³⁾ เป็นโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 60 เตียง มีศักยภาพด้านการรักษาในระดับทุติยภูมิ ให้บริการผู้ป่วยโรคทั่วไป ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และดูแลต่อเนื่องถึงชุมชนในกลุ่มโรคสำคัญ ในรายที่เกินศักยภาพมีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัด อัตรากำลังประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีวิทยา นักกายภาพบำบัด มีคลินิกพิเศษเพื่อให้บริการ ได้แก่ คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคเอดส์ โรคหอบหืด โรคไต สุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มแม่และเด็ก รับผิดชอบประชาชนในเขตอำเภอบ่อพลอย มี 6 ตำบล 80 หมู่บ้าน 2 เทศบาล อบต. 6 แห่ง ประชากร 57,250 คน อาศัยอยู่จริง 40,158 คน มี รพ.สต. 10 แห่ง เป็นเครือข่ายในการดูแล ในปี 2564-2566 พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 233, 229 และ 266 ราย ตามลำดับ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงระบบ stroke fast track ต่ำกว่าเป้าหมายที่ร้อยละ 50 ทำได้เพียงร้อยละ 25.77, 27.71 และ 29.21 จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจาก 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและผู้ดูแลออกไปทำงานนอกบ้าน เมื่อเกิดอาการจึงทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้า 3) บางส่วนเกิดขึ้นในวัยทำงานเนื่องจากไม่ทราบอาการสำคัญของโรคและไม่ทราบอันตรายที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มาโรงพยาบาลช้า 4) ไม่ทราบว่าเมื่อเกิดเหตุสามารถเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ได้ 5) ปัจจัยด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 6) การคัดกรองผู้ป่วยที่รับบริการได้ทันเวลา สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย จำเป็นต้องทบทวนปัจจัยภายในขององค์กรพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 7S ของแมคคินซี (McKinsey's 7S framework)⁽⁴⁾ ได้แก่ 1) โครงสร้างองค์กร 2) กลยุทธ์ 3) การจัดการบุคคลเข้าทำงาน 4) รูปแบบการบริหารจัดการ 5) ระบบการปฏิบัติงาน 6) ค่านิยมร่วม และ 7) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นสาระสำคัญซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลขององค์กรทั้งระบบ นำไปสู่การประเมินผลประสิทธิผลในการบริหารองค์กรพยาบาลได้ตามเป้าหมายภายใต้การบริหารงานตามแบบดังกล่าวต่อไป ซึ่งยังพบว่ามีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวน้อย

ปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน คือ การรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วที่สุด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพและพยาบาลที่มีความรู้และมีสมรรถนะ โดยกำหนดเป้าหมายปี 2567 ได้แก่ เพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหลังการส่งต่อภายใน 48 ชั่วโมง และเพิ่มอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะเฉียบพลันเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการให้มากกว่าร้อยละ 50 ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ด้านระบบคุณภาพและยุทธศาสตร์ได้เห็นความจำเป็นและตระหนักถึงปัญหาด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมองตีบตันระยะเฉียบพลันดังกล่าว จึงต้องการศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อพัฒนากลยุทธ์ขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยงานสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสำหรับพยาบาล⁽⁵⁾ และหลักการจัดการภายในองค์กรตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี

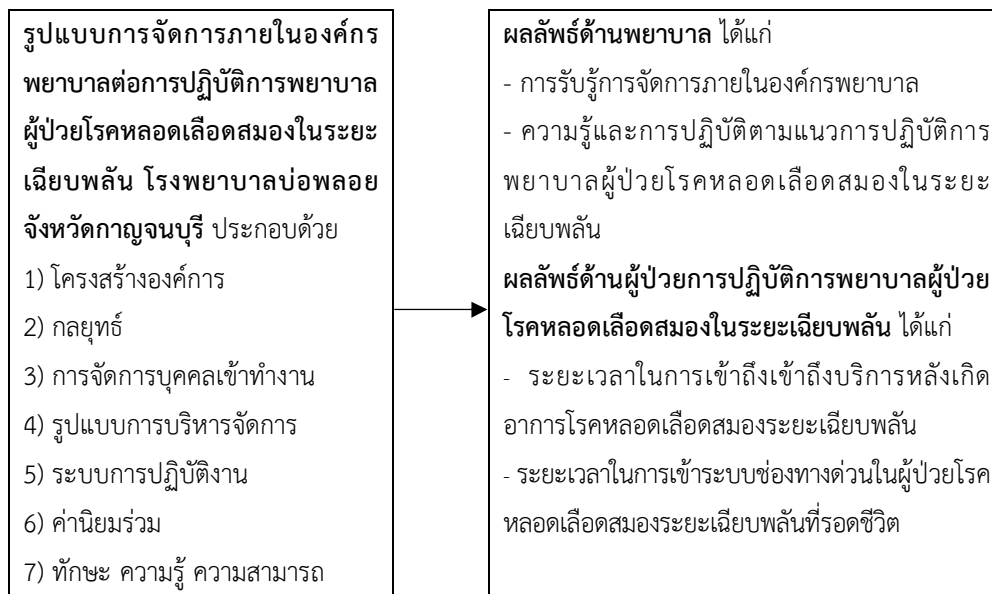
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ดังนี้

1. เปรียบเทียบการรับรู้การจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตามแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ
3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันสำหรับพยาบาล (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) และหลักการจัดการภายในองค์กรตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังการทดลอง (one-group pretest posttest design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 35 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 266 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 69 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cohen L, et al.⁽⁶⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับร้อยละ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.99 และค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.15 ได้ขนาดตัวอย่าง 35 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยโดยตรง 2) ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามเวร 8 ชั่วโมง 3) ไม่อยู่ในระหว่างการอบรมระยะสั้นหรือลาศึกษาต่อ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran WG⁽⁷⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับร้อยละ 15 จำนวนประชากรเท่ากับ 266 ได้ขนาดตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือก่อนทดลอง 30 คน และหลังทดลอง 30 คน สุ่มเวชระเบียนแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกคือเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในปีงบประมาณ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาล ประยุกต์ใช้หลักการจัดการภายในองค์กรตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างองค์การ 2) กลยุทธ์ 3) การจัดการบุคคลเข้าทำงาน 4) รูปแบบการบริหารจัดการ 5) ระบบการปฏิบัติงาน 6) ค่านิยมร่วม และ 7) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ
2. แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล⁽⁵⁾ ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) การประสานผ่าน 1669 เพื่อตัดสินใจ activate team 2) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบ stroke fast track 3) การประเมินและการวินิจฉัย 4) การพยาบาลเบื้องต้นและเฉพาะเจาะจง (specific treatment) 5) การเตรียมตัวผู้ป่วยและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล 6) การเตรียมผู้ป่วยและประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นชุดของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งงานปัจจุบัน และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ
2. แบบสอบถามปัจจัยภายในขององค์กรพยาบาลทั้ง 7 ประการ คือ 1) โครงสร้างองค์การ 2) กลยุทธ์ 3) การจัดการบุคคลเข้าทำงาน 4) รูปแบบการบริหารจัดการ 5) ระบบการปฏิบัติงาน 6) ค่านิยมร่วม และ 7) ความรู้ ความสามารถ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท (Likert's five rating scale) จากเห็นด้วยมากที่สุดถึงเห็นด้วยน้อยที่สุดจำนวน 14 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุดและคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
3. แบบสอบถามความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันซึ่งประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล⁽⁵⁾ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน
4. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การวินิจฉัยแรกรับ เวลาเกิดอาการ เวลาถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลาชักประวัติ/ประเมินแรกรับ เวลาแพทย์ตรวจวินิจฉัย ส่งการรักษา เวลาส่งต่อ เวลาถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 14 ข้อ
5. แบบบันทึกรายงานผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการเข้าถึงเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 2) ระยะเวลาในการเข้าระบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิตซึ่งได้มาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยภายในขององค์กรพยาบาลทั้ง 7 ประการ, แบบบันทึกรายงานผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย และแบบสอบถามความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์รับผิดชอบสาขาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากวิทยาลัยพยาบาล วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.86-0.98 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยภายในขององค์กรพยาบาลทั้ง 7 ประการ แบบเก็บข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.86-0.94 และแบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี หลังจากได้รับการอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการการพยาบาลเพื่อประสานงานแจ้งหัวหน้างาน เพื่อขอความร่วมมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมการวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงให้เข้าใจชัดเจน และยินยอมยินยอมการให้ข้อมูลและการเข้าร่วมกิจกรรม โดย

2.1 นำแบบสอบถามและคำชี้แจงไปแจกแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 ชุดด้วยตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดและรวบรวมแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบกลับโดยผู้วิจัยจัดเตรียมซองเฉพาะบุคคลปิดผนึกและผู้วิจัยเก็บกลับทันที

2.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2567 ก่อนทดลองจำนวน 30 ฉบับ หลังทดลองจำนวน 30 ฉบับ

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นดำเนินการ เดือนกรกฎาคม 2567 ในสัปดาห์ที่ 1

1.1 เก็บข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามตามแผนการศึกษา แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพรวมจำนวน 35 ชุดใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามที่ 20-30 นาที

1.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามปัจจัยภายในขององค์กรพยาบาลทั้ง 7 ประการ ให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 35 คน คือ

1.2.1 โครงสร้างองค์การ มีการกำหนดนโยบายการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน เป็นลายลักษณ์อักษร ประกาศนโยบายการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ให้ทุกคนในองค์กรพยาบาลรับทราบ โดยจัดประชุม 1 ครั้ง ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 180 นาที

1.2.2 กลยุทธ์ มีการบริหารความเสี่ยงในการกำกับดูแลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน การกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติของพยาบาลในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โดยจัดประชุม 1 ครั้งร่วมกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 180 นาที

1.2.3 การจัดการบุคคลเข้าทำงานมีการกำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน อย่างเป็นระบบ มีการนำรายงานความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน มาทบทวนหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.2.4 รูปแบบการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 1) การประสานผ่าน 1669 เพื่อตัดสินใจ activate team 2) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบ stroke fast track 3) การประเมินและการวินิจฉัย 4) การพยาบาลเบื้องต้นและเฉพาะเจาะจง 5) การเตรียมตัวผู้ป่วยและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล 6) การเตรียมผู้ป่วยและประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงตามที่กำหนดมุ่งส่งเสริมการทำงานที่เน้นความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

1.2.5 ระบบการปฏิบัติงาน มีการวางแผนและแก้ไขปัญหาที่พบเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน มีการจัดทำวิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของหน่วยงาน

1.2.6 ค่านิยมร่วมของโรงพยาบาลบ่อพลอยมุ่งเน้น ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางให้คุณค่ากับคนทำงานนำข้อมูลใช้ในการพัฒนา สร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานและให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพ

1.2.7 ความรู้ ความสามารถให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดประชุม 1 ครั้งร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 180 นาที เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ในสัปดาห์ที่ 2-4 ถึงเดือนกันยายน 2567 หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 35 คน กลับไปปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 เดือนตุลาคม 2567 ในสัปดาห์ที่ 4-5 ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินผลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนประเด็นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและผู้วิจัยทำการบันทึกผลการติดตาม และเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการศึกษาค้นคว้าวิจัย หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามที่ 20-30 นาที

3. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ผลของรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

4.ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันและการรับรู้ระดับการจัดการภายในองค์กรพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยระหว่างระยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วยการทดสอบค่าที (t-test) โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ด้วยการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี หมายเลข 23/2567 (วันที่รับรอง 27 มิถุนายน 2567) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดของการวิจัยก็ได้ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยโดยวิธีเข้าเครื่องทำลายเอกสารภายใน 1 ปี หลังจากได้รับผลงานวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 35 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.14 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 31.43 อายุเฉลี่ย 40.7 ± 10.7 อายุน้อยที่สุด 25 ปีและมากที่สุด 60 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.29 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุด ร้อยละ 45.71 รองลงมาปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยตรงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 45.71 ประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 39 ปี เข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันร้อยละ 25.71

1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันพบว่า

ระยะก่อนการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน เป็นเพศชายร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 60.82 ปี ($SD=15.63$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.33 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.33 รองลงมามีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.33

ระยะหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 61.19 ปี (SD=14.11) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.33 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมา มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.67

2. ระดับการรับรู้การจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

การรับรู้การจัดการภายในองค์กรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับระดับสูง (Mean=4.13, SD=0.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ด้านความชัดเจนของกลยุทธ์ (S1) อยู่ในระดับสูง (Mean=4.36, SD=0.71) รองลงมาด้านความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร (S2) อยู่ในระดับสูง (Mean=4.30, SD=0.77) และด้านความพร้อมของระบบงาน (S3) อยู่ในระดับสูง (Mean=4.30, SD=0.73) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้การจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (n=35) หลังการใช้รูปแบบฯ

ระดับการรับรู้การจัดการภายในองค์กรพยาบาล	Mean	SD	ระดับ
ด้านความชัดเจนของกลยุทธ์ (S1)	4.36	0.71	สูง
ด้านความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร (S2)	4.30	0.77	สูง
ด้านความพร้อมของระบบงาน (S3)	4.22	0.74	สูง
ด้านภาวะผู้นำของผู้บริหาร (S4)	4.21	0.76	สูง
ด้านค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (S7)	4.19	0.74	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร (S5)	4.08	0.81	สูง
ด้านทักษะความรู้ความสามารถของบุคลากร (S6)	3.58	1.16	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	4.13	0.81	สูง

2. ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบ (Mean=10.33, SD=3.06) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองใช้รูปแบบ (Mean=6.83, SD=4.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.032$) และมีการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน หลังการใช้รูปแบบ (Mean=18.17, SD=1.02) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองใช้รูปแบบ (Mean=13.00, SD=4.38) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ (ภาพรวม) และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้ รูปแบบฯ (n=35)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้	6.83	4.14	10.33	3.06	3.49	0.032
การปฏิบัติ	13.00	4.38	18.17	1.02	5.16	<0.001

หลังการใช้รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาล ต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบตันระยะเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.05$) ทั้ง 11 ข้อ (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ (รายข้อ) ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (n=35)

รายละเอียดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะ เฉียบพลัน คืออะไร	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
2. โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็นกี่ประเภท	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
3.โอกาสประเมิน stroke ผิดพลาดได้บ่อย เนื่องจากอาการลง เช่นอะไรบ้าง	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
4. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ระยะเฉียบพลันที่ต้องทำ คืออะไร	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
5. การดูแลแบบ stroke fast track สำหรับ ischemic Stroke คือกลุ่มใด	0.73	0.41	1.00	0.00	-4.338	<0.001
6. การ investigation จำเป็นที่ทำร่วมกับ การประเมิน NIHSS คืออะไร	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
7. การให้ rt-PA ให้ได้ทันที ยกเว้น	0.82	0.37	1.00	0.00	-2.597	0.011
8.กรณีการส่งต่อห้ามให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet Drug) เช่นยาอะไร	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
9. การดูแลระยะเฉียบพลันเป้าหมายเพื่อ	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
10. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้ยา rt-PA ต้องไม่เกินกี่ชั่วโมง	0.91	0.34	1.00	0.00	-3.191	0.002
11. ผู้ป่วย ischemic stroke และ TIA ควรได้รับ ECG monitoring เมื่อใด	0.82	0.37	1.00	0.00	-2.597	0.011

3. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

หลังการใช้รูปแบบฯ มีระยะเวลาการเข้าถึงเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 3.34 ชั่วโมง (SD=3.67) ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบฯ (Mean=5.02, SD= 6.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) และระยะเวลาการเข้าระบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิตเฉลี่ย 23.32 นาที (SD=8.76) ลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบฯ (Mean=78.87, SD=14.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน (n=60)

รายการ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระยะเวลาการเข้าถึงเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (ชั่วโมง)	5.02	6.01	3.34	3.67	1.30	0.003
ระยะเวลาการเข้าระบบช่องทางด่วน (นาที) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิต	78.87	14.09	23.32	8.76	1.13	<0.001

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน หลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ เนื่องจากการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่ความชัดเจนของกลยุทธ์ ความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กร ความพร้อมของระบบงาน ภาวะผู้นำของผู้บริหาร ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น รวมทั้งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันที่ต้องมีการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่รวบรวมแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากหลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁸⁾ และผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การพยาบาลระยะ 2 ชั่วโมงแรกที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลระยะ 2-72 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ส่งผลต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ ซึ่งให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้พยาบาลตระหนักรู้ถึงพยาธิสภาพการดำเนินของโรคในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ระยะเวลาในการเข้าถึงเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและระยะเวลาในการเข้าระบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิต ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบ มีระยะเวลาในการเข้าถึงเข้าถึงบริการหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันภายใน 4.5 ชั่วโมง และเร็วกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ และระยะเวลาในการเข้าระบบช่องทางด่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่รอดชีวิตเฉลี่ยเร็วกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นรูปธรรมในด้านกลยุทธ์ การมอบหมายหน้าที่ตามโครงสร้างองค์กร ความพร้อมของระบบงาน การส่งเสริมบทบาทของผู้บริหารระดับต้น การมีส่วนร่วมของบุคลากร และการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน เกิดความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการ และการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ และก่อให้เกิดประสิทธิผลทางคลินิกเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลง⁽¹¹⁾

สรุปผล

ผู้บริหารการพยาบาลควรดำเนินการตามกลยุทธ์ ส่งเสริมให้เป็นไปตามโครงสร้างองค์กรและบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น การออกแบบและพัฒนากระบวนการ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร และแผนการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารรูปแบบการจัดการภายในองค์กรพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่สร้างขึ้นไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันทุกราย มีการจัดการภายในองค์กรพยาบาลตามหลักการจัดการภายในองค์กรตามแนวคิด 7S ของแมคคินซี
2. ด้านวิชาการควรส่งเสริมการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน รวมทั้งมีการวิเคราะห์ปัญหาหน่วยงานอย่างต่อเนื่องเพื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหา
3. ด้านบริการ ควรส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พร้อมติดตามการปฏิบัติอย่างครอบคลุม เพื่อให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบฯ ต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาวันนอน และลดภาวะแทรกซ้อน
2. การขยายผลงานวิจัย สำหรับผู้ที่ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยนี้ ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบฯ ตามบริบทและความพร้อมของแต่ละองค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคตรวจค้นวันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29284>
2. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566;39(2):39-46.
3. ข้อมูลสถิติ. รายงานประจำปี 2565-2566. โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. 2566.
4. Nejad TA, Behbodi MR, Ravanfar MM. Analyzing organizational structure based on 7s model of McKinsey. Int J Acad Res Bus Soc Sci. 2015;5(5):43-55.
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2558.
6. CohenL, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 7th edition. New York: Routledge Likert R; 1967.
7. Cochran, W.G. Sampling Techniques. New York: John Wiley; 1953.

8. บัตซิง เอ็น. กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย. 2562;34(3):15-29.
9. สมหวัง โรจนะ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลหัวใจและทรวงอก. 2063;31(2):205-21.
10. ยุวดี ผงสา. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2063;2(2):139-54.
11. สายนาท พลไชโย, อมรรวรรณ มาแสง, บังอร เกิดแก้ว. การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. 2561;26-35.

พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน
อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

Self-care Behaviors and Ability to Control Blood Sugar Level in Elderly
Diabetes Patients, Danmakhamtia District, Kanchanaburi Province

ชัช จันทร์ขำ พ.บ.^{1*}
Chut Jankham, M.D.^{1*}

¹โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จ.กาญจนบุรี 71000

¹Danmakhamtia Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): drnobeta@gmail.com

Received: 20 November 2024

Revised: 17 January 2025

Accepted: 20 January 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 210 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ (ร้อยละ 79.0) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 58.1) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.5) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 49.0) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.044$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สรุปผล: บุคลากรสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และนำไปเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวาน

Abstract

Objectives: To study knowledge about diabetes, social support, self-care behaviors, blood glucose control ability, and factors associated with blood glucose control among elderly patients with diabetes.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among 210 elderly patients with type 2 diabetes at Danmakhamtia District, Kanchanaburi Province from October 2023 to September 2024. Data was collected using questionnaires on knowledge about diabetes, social support, and self-care behaviors. Data was analyzed using descriptive statistics and chi-square tests.

Results: Most elderly patients with diabetes had low levels of knowledge about diabetes (79.0%), high levels of social support (58.1%), moderate levels of self-care behaviors (71.5%), and 49.0% were able to control their blood glucose levels. Self-care behaviors were significantly associated with blood glucose control ($p=0.044$). Knowledge about diabetes and social support were not significantly associated with blood glucose control.

Conclusions: Public health personnel should promote self-care behavior modification among elderly patients with diabetes to improve blood glucose control. The findings can be used as a guideline for the care of other diabetic patients.

Keywords: blood glucose control, self-care behaviors, diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นโรคที่พบบ่อยและพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ร้อยละ 6.4 และพบอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.5-19.2 ในผู้สูงอายุ⁽¹⁾ ปัญหาสำคัญที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต จอประสาทตา ระบบประสาทหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกทางเพศลดลง และโรคติดเชื้อต่าง ๆ ทั้งนี้พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมองสูงถึงร้อยละ 65.0 จากไตวายร้อยละ 44.0 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 60-70 และเป็นสาเหตุสำคัญของการถูกตัดขาส่วนปลาย ร้อยละ 60.0⁽²⁾ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ เพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อน

ปัจจุบันโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตามเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติมากที่สุดและหากมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดี⁽³⁾ ซึ่งกระทรวง

สาธารณสุขได้มีนโยบายให้มีการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยมาตรฐานเดียวกันโดยมีระบบการปรึกษาแพทย์⁽⁴⁾ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตลอดจนส่งเสริมครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาล โดยต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองที่ดี⁽⁵⁾ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ ลดภาระจากความเจ็บป่วย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁽⁶⁾

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การได้รับยาต้านระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽⁸⁾ โดยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหมายถึง การรู้เรื่องราวหรือสาระสำคัญของข้อเท็จจริงตามเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องในเรื่องอาการของโรค การรักษา การลดหรือควบคุมน้ำหนัก การกินอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ความเครียด อันตรายที่อาจเกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสำคัญของการแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคลซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะรับรู้สถานการณ์ ความเครียดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน บุคคลย่อมแสวงหาสิ่งที่ดีกว่าหรือสิ่งสนับสนุนเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดของชีวิต หากบุคคลได้รับการสนับสนุนจะสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม⁽⁹⁾ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จึงได้นำตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาพิจารณาใช้การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ได้ผลดีนั้นจะต้องปฏิบัติตัวและมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้แสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่ การคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลตนเองในด้านสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย⁽⁸⁾ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ต้องมีพฤติกรรม การดูแล

ตนเองที่ดี ด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด จึงได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง กันยายน 2567 อย่างน้อย 2 ครั้ง จำนวน 1,972 คนป่วยเป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 552 คน (ร้อยละ 28.0) โดยจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 428 คน (ร้อยละ 21.7) ผู้ป่วยดังกล่าวมารักษาที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จำนวน 210 คน จะเห็นได้ว่า มีผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานมารักษาที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ยจำนวนมาก โรงพยาบาลจึงควรจัดบริการดูแลรักษาที่ดีให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยหรือไม่มี ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย ได้วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นปัญหาที่ต้องดำเนินแก้ไขให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังนั้นจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำไปวางแผนและดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอด่านมะขามเตี้ยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

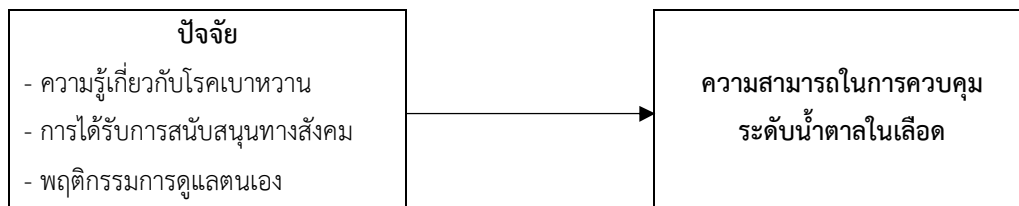
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยขึ้นกับปัจจัยหลายประการได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมจากทางครอบครัวของผู้ป่วยและจากแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁽²⁾ (ภาพที่ 1)

ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พิจารณาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าหลังอดอาหารอย่างน้อย 8-12 ชั่วโมง (fasting blood sugar: FBS) ใน 1 ครั้งสุดท้ายที่มารักษากับระดับน้ำตาลในปัจจุบันที่มารักษา ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้อยกว่า 90 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 1 หรือ 2 ครั้ง ถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แต่ถ้าอยู่ระหว่าง 90-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรทั้ง 2 ครั้ง ถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 1,972 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปป่วยเป็นเบาหวานมานาน้อยกว่า 10 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane $T^{(10)}$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 206 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลด้านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 210 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดปัจจุบันและระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่แล้ว และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objectives congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6–1.0 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ จากนั้นตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดย

1. แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยการทอดแบบสอบถามให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตอบ ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยดังกล่าวอ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามในแต่ละคำถามแล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบที่ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบ
2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกทะเบียนผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน คือ เดือนตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทางด้านประชากร ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ EC.No.42/2567 (วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย การปฏิบัติตัว สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธของผู้เข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.1 เพศชายร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่อายุ 66-70 ปี อายุเฉลี่ย 68.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.2 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 83.3 มีอาชีพทำงานบ้าน/ไม่ได้ทำงานร้อยละ 50.0 มีรายได้ไม่แน่นอนร้อยละ 74.3 โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,230.1 บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 74.3 ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 9.6 ปี ร้อยละ 56.6 มีประวัติมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย 10 ปี และ 10-19 ปี ร้อยละ 31.9 และมารับการรักษาที่ รพ.สต. ร้อยละ 41.9 ร้อยละ 94.8 มารับการรักษาตามนัดทุกครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 65.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 39.0

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 14.8 และ 6.2 มีความรู้ในระดับปานกลาง และระดับสูงตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้แยกตามประเด็นอยู่ในระดับดีร้อยละ 71.0 ขึ้นไป ยกเว้นในเรื่องการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญคือรับประทานยาที่แพทย์สั่งก็เพียงพอแล้ว (ร้อยละ 41.1) การลด/ควบคุมน้ำหนักไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 34.3) การดื่มน้ำอัดลมไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 27.6) การป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีผลทำให้เกิดโรคหัวใจตามมา (ร้อยละ 25.7) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในระดับปกติ ไม่ต้องรับประทานยาเบาหวานอีก (ร้อยละ 23.3) หากลิ้มรับประทานยาเบาหวานควรรับประทานเพิ่มขึ้นในมือต่อไป (ร้อยละ 23.8) และโรคเบาหวานเกิดเฉพาะคนอ้วนเท่านั้น (ร้อยละ 20.0)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.1 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 39.0 และ 2.9 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และระดับต่ำตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกรายประเด็นพบว่า ทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวจะคอยกระตุ้นเตือน (ร้อยละ 62.9) สนับสนุนด้วยการให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ (ร้อยละ 63.8) และได้รับการดูแลจากครอบครัวในการจัดอาหารจัดยาให้รับประทานสม่ำเสมอ (ร้อยละ 65.7) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนในเรื่องบุคคลในครอบครัวมักจะดูแลไม่ให้เกิดความเครียด (ร้อยละ 63.3) ให้กำลังใจและรับฟัง เมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด (ร้อยละ 64.8) กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 62.9) และจะห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคเบาหวาน (ร้อยละ 61.9) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ได้แก่ กระตุ้นเตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 51.9) ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 50.0) และให้กำลังใจต่อโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 51.0)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โดยรวมร้อยละ 71.4 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 20.5 และ 8.1 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีและระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 และ 55.2 มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาตรวจตามนัดและการเฝ้าระวังโรคพบว่า ร้อยละ 86.2, 70.5 และ 47.1 อยู่ในระดับดี สำหรับด้านการออกกำลังกายพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง (n=210)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 210)	ร้อยละ (100.0)
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0-49 คะแนน)	17	8.1
ระดับปานกลาง (50-64 คะแนน)	150	71.4
ระดับดี (65-75 คะแนน)	43	20.5
(Mean=60.0, SD=8.4, Min=21, Max=80)		
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0-13 คะแนน)	53	25.2
ระดับปานกลาง (14-18 คะแนน)	132	62.9
ระดับดี (19-24 คะแนน)	25	11.9
(Mean=15.2, SD=2.8, Min=5, Max=23)		
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	5	2.4
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	24	11.4
ระดับดี (12-15 คะแนน)	181	86.2
(Mean=13.0, SD=1.8, Min=5, Max=15)		
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	140	66.7
ระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	59	28.1
ระดับดี (5-6 คะแนน)	11	5.2
(Mean=2.0, SD=1.6, Min=0, Max=6)		
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	27	12.9
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	116	55.2
ระดับดี (12-15 คะแนน)	67	31.9
(Mean=10.6, SD=2.3, Min=5, Max=15)		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	11	5.2
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	51	24.3
ระดับดี (12-15 คะแนน)	148	70.5
(Mean=12.1, SD=1.9, Min=2, Max=15)		
ด้านการตรวจตามนัด และการเฝ้าระวังโรค		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	17	8.1
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	94	44.8
ระดับดี (7-9 คะแนน)	99	47.1
(Mean=6.8, SD=1.8, Min=0, Max=9)		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละด้าน จำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกล่าวคือ การรับประทานอาหารที่พบบาน ๆ ครั้ง ได้แก่ รับประทานขนมหวานหลังอาหารหรือระหว่างมื้อ (ร้อยละ 90.0) รับประทานผลไม้รสหวาน (ร้อยละ 94.3) ดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม (ร้อยละ 89.5) และรับประทานอาหารจำพวกทอดหรืออาหารที่มีไขมันมาก (ร้อยละ 73.8) และการรับประทานอาหารที่พบเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ รับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน (ร้อยละ 79.5) และรับประทานอาหารตรงเวลา (ร้อยละ 52.9)

ด้านการรับประทานยา พบว่าส่วนใหญ่มีการรับประทานยาที่เหมาะสมในทุกประเด็น

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในเรื่องการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 68.6) และใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาทีนาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย (ร้อยละ 53.3)

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (ร้อยละ 46.7) และมีพฤติกรรมเหมาะสมในเรื่องเมื่อมีความเครียดมักจะซื้อยา ระวังประสาทมารับประทานเองเมื่อมีความเครียด (ร้อยละ 96.2) และมักจะผ่อนคลายโดยการดื่มสุรา สูบบุหรี่ไม่เคยเลย (ร้อยละ 86.2)

ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่ายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 77.1) เครื่องดื่มชูกำลังหรือกระตุ้นประสาท (ร้อยละ 69.5) พักผ่อนโดยการนอนหลับอย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.6) การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 29.8)

ด้านการตรวจตามนัดและการเฝ้าระวังโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในทุกประเด็น **ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด**

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลด้านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัด กาญจนบุรี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 49.0

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.044$) โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีและปานกลางร้อยละ 30.1 และ 64.1 มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีและปานกลางร้อยละ 29.9 และ 53.3 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ ทางสถิติกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด				χ^2	p-value
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้			
	(n=103)		(n=107)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ระดับต่ำ	65	63.1	72	67.3	0.315	0.574
ระดับปานกลาง	22	21.4	25	23.4		
ระดับดี	16	15.5	10	9.3		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม						
ระดับต่ำ	22	21.4	20	18.7	2.363	0.307
ระดับปานกลาง	32	31.1	41	38.3		
ระดับดี	49	47.5	46	43.0		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ระดับต่ำ	6	5.8	18	16.8	6.229	0.044
ระดับปานกลาง	66	64.1	57	53.3		
ระดับดี	31	30.1	32	29.9		

อภิปราย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 3 ใน 4 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา⁽¹¹⁾ พบว่า ระดับการศึกษาที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมในการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลน้อย ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือหากร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์เทศบาลนครเชียงราย⁽¹²⁾ พบว่า ความรู้ระดับต่ำทำให้การรับรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นไปได้น้อย นำไปสู่การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่น้อยเช่นกัน และมีผลต่อการรักษาผู้ป่วย โดยในการให้การรักษาพยาบาลที่ผ่านมานั้นการรักษาพยาบาล มากกว่าการให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการให้ความรู้ พุดคุย ติดตาม แนะนำวิธีการปฏิบัติตน ที่ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหา และวิธีการปฏิบัติตน และสอดคล้องกับที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทรายอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี⁽¹³⁾ พบว่า มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วยพฤติกรรมต่าง ๆ หลายอย่าง ซึ่งการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ นอกจากนี้ยังทำให้มีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติส่วนการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มการเผาผลาญการใช้ไขมันให้เป็นแหล่งพลังงาน ลดคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งการเพิ่มการใช้พลังงานด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินมากขึ้นและการดื้อต่ออินซูลินลดลง อินซูลินสามารถออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น รูปร่างได้สัดส่วนแล้วยังทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น จิตใจ ร่าเริงแจ่มใส คลายเครียด สุขภาพจิตดีขึ้น สำหรับในเรื่องความเครียดพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาระหน้าที่ในการดูแลตนเองหลายอย่าง และเผชิญกับความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดกับผู้ป่วยอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแย่ลง เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสตูล ปี 2560⁽¹⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรม

ที่ศึกษา ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านอารมณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี⁽¹⁷⁾ พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการ กับความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2558⁽¹⁸⁾ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สำหรับในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยดังกล่าว เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ เป็นสิ่งที่ ผู้ป่วยยังไม่ได้ให้ความสำคัญ ถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต และยังได้รับการดูแลจากครอบครัว ก็เป็นเรื่องที่ปกติ บุตรหลานก็ต้องประกอบอาชีพ ไม่ได้ให้การสนับสนุนอะไรเป็นการพิเศษที่จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สองโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปี 2557⁽¹⁹⁾ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

สรุปผล

จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับต่ำ (ร้อยละ 79.0) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 58.1) มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.5) และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 49.0) โดยพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคให้ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ทีมสหวิชาชีพควรจัดบริการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานในพื้นที่อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี

3. ทีมส่งเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี ให้การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เหมาะสม และให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควรศึกษาประสิทธิผลในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์. โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dailynews.co.th/article/663767>
2. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังศุมา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเหนิด, กัลยาณี บุญสิน และคณะ. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2555;6(1):71-84.
3. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. Physical Therapy. 2008;88(11):1254-64.
4. วิทยา บุรณศิริ. เร่งรัดนโยบายรักษาเบาหวาน-ความดัน ลดแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.healthfocus.in.th/content/2012/07/876>
5. Kaissi AA, Parchman M. Organizational factors associated with self-management behaviors in diabetes primary care clinics. The Diabetes Educator. 2009;35(5):843-50.
6. Gallagher R, Donoghue J, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Self-management in older patients with chronic illness. International Journal of Nursing Practice. 2008;14(5):373-82.
7. Salahshouri A, Zamani Alavijeh F, Mahaki B, Mostafavi F. Effectiveness of educational intervention based on psychological factors on achieving health outcomes in patients with type 2 diabetes. Diabetol Metab Syndr. 2018;10(67):1-12.
8. มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(3),59-70.

9. Schaefer C, Coyne JC, Lasarus RS. The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981;4(4):381-406.
10. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill. 1967.
11. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2017 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*. 2017;35(1):5-26.
12. ณาเตีย หะยีปะจิ, พิสิทธิ์ พวยพุ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลที่กองการแพทย์เทศบาลนครเชียงราย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*. 2562;20(3):83-94.
13. ลักษณะ พงษ์ภุมมา, ศุภรา หิमानันโต. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลบางทราย อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี. *วารสาร มฉก. วิชาการ*. 2560;20(40):67-76.
14. Choi SE. Diet-specific family support and glucose control among Korean immigrants with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2009;35(6):978-85.
15. Gallagher R, Donoghue J, Chenoweth L, Stein-Parbury, J. Self-management in older patients with chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*. 2008;14(5):373-82.
16. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2561;12(3):515-22.
17. ฤทธิรงค์ บุรพันธ์, นิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลการต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 2556;6(3):102-9.
18. รื่นจิต เพชรชิต. พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 2558;2(2):15-28.
19. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2557;15(3):256-68.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านต่อภาวะโภชนาการ
ของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี
Effects of Nutritional Promotion Program with Food Supplemented
Local Cuisine on Nutritional Status of Tuberculosis
In Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province

นิพนธ์ สุขสาระพันธ์ วท.บ.^{1*}

Nipphon Suksaraphan, B.S.^{1*}

¹กลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nutrition, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): nipphonphahol@gmail.com

Received: 3 December 2024

Revised: 21 January 2025

Accepted: 22 January 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านกับการได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง ประชากรคือผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา ระหว่างปี 2566-2567 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 32 คน รวม 64 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form: NAF) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ และการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: ข้อมูลพื้นฐานและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกัน หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการระดับไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (NAF = A) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 62.50 และร้อยละ 31.25) และมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (NAF = C) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 0.00 และร้อยละ 25.00) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$)

สรุปผล: กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านมีภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติโดยสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับคลินิกวัณโรค โดยเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะทุพโภชนาการ เน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการในระหว่างรักษาวัณโรค ในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษาเพื่อการฟื้นตัวของร่างกายและส่งเสริมการหายขาดจากวัณโรค

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ, ภาวะทุพโภชนาการ, วัณโรค

Abstract

Objectives: To compare the nutritional status between a group receiving a nutritional promotion program combined with traditional supplements and a control group receiving standard health education among tuberculosis patients at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province.

Methods: A quasi-experimental study with two-group pretest-posttest design was conducted. The participants were 64 tuberculosis patients registered at Phaholpolpayuhasena Hospital from 2023 to 2024, randomly divided into an intervention group (n=32) and a control group (n=32). The intervention group received a nutritional promotion program combined with traditional supplements. Data was collected using interviews and the Nutrition Alert Form (NAF). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and independent t-test.

Results: There was no significant difference in baseline characteristics and nutritional status between the two groups. After 12 weeks, the intervention group had a higher proportion of patients with no risk of malnutrition (NAF = A) compared to the control group (62.50% vs. 31.25%), and a lower proportion of patients with severe malnutrition (NAF = C) compared to the control group (0.00% vs. 25.00%). These differences were statistically significant (p=0.002).

Conclusions: The intervention group receiving the nutritional promotion program with traditional supplements had better nutritional status than the control group. This finding suggests that a nutritional promotion program combined with traditional supplements can be implemented in tuberculosis clinics to monitor and improve the nutritional status of tuberculosis patients, especially during the first 3 months of treatment, to promote recovery and cure.

Keywords: nutritional promotion program, malnutrition, tuberculosis

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีอัตราป่วยและเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานจากองค์การอนามัยโลกในปี 2565 ทั่วโลกมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อประชากรแสนคนหรือจำนวน 10.6 ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน 1.3 ล้านคน^(1,2) ส่วนของประเทศไทยพบผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 155 ต่อประชากรแสนคนหรือจำนวน 111,000 คน และเสียชีวิตจำนวน 14,000 คน ที่ผ่านมามีผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำในประเทศไทยมีอัตราการรักษาล้มเหลวและขาดการรักษาลดลง แต่อัตราการเสียชีวิตระหว่างรักษายังสูงกว่าเป้าที่กำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 5) โดยปี 2563-2566 พบผู้ป่วยเสียชีวิต

ระหว่างการรักษา ร้อยละ 9.05, 8.65, 8.90 และ 8.83 ตามลำดับ^(1,2) สาเหตุการเสียชีวิตยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่ในกลุ่มเสียชีวิตมากกว่าครึ่งมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย⁽¹⁾

เขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคสูงเป็น 1 ใน 5 ของประเทศโดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรีเฉลี่ยร้อยละ 10.54 สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระดับประเทศ ถึง 2 เท่า โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาพบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคในปี 2563-2566 ร้อยละ 10.23, 16.76, 15.84 และ 11.39 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านตัวชี้วัดของวัณโรคที่อัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 5 ส่งผลให้อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคไม่บรรลุเป้าหมาย⁽³⁾ ในกลุ่มของผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการการจะแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคให้สำเร็จจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาสภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเพื่อชะลอการเสียชีวิตลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคมีหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ⁽⁵⁾ อายุ⁽⁶⁾ ภาวะโภชนาการ^(6,8) การสูบบุหรี่⁽⁷⁾ การดื่มสุรา⁽⁵⁾ รสชาติอาหาร⁽⁷⁾ จำนวนมื้อการรับประทานอาหาร⁽⁶⁾ การมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมเช่นเบาหวาน มะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง ไทรอยด์^(5,6) และการออกกำลังกาย^(6,9) ดังนั้นการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยวัณโรคต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารนอกจากจะช่วยให้ร่างกายทำงานได้อย่างปกติและยังมีผลต่อกระบวนการรักษา ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เหมาะสมกับสภาพร่างกายทั้งสารอาหารที่ให้พลังงาน และสารอาหารที่ไม่ให้พลังงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย⁽¹⁰⁾ การแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

อาหารเสริมพื้นบ้านในรูปแบบอาหารปั่นผสมเสริมพลังงานจากอาหารที่รับประทานปกติ จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จึงมีความสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการได้เป็นอย่างดีจากการที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือการรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ของตัวผู้ป่วยจากสภาวะของโรค ซึ่งอาหารเสริมพื้นบ้านสามารถหาวัตถุดิบได้ง่ายในชุมชน ราคาไม่แพง ไม่มีความลำบากในการหามารับประทานสามารถปั่นผสมอาหารได้เองและสามารถดัดแปลงอาหารให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้อย่างง่าย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับพลังงานและโปรตีนจากอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายคุณค่าทางโภชนาการอย่างครบถ้วน การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มีความสำคัญต่อการนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการทั้งในมิติการป้องกันและการจัดการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างการให้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านกับการได้รับการให้สุศึกษาตามปกติของผู้ป่วยวัณโรค ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนหลัง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่ามีเชื้อวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างปี 2566-2567 จำนวน 174 คน⁽¹¹⁾

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (comparing two independent mean) แทนค่าจากการทบทวนวรรณกรรม⁽¹⁰⁾ เปรียบเทียบระดับภาวะทุพโภชนาการ $M_1=10.67$ ($SD_1=3.62$) และ $M_2=7.44$ ($SD_2=5.34$) กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α)=0.05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน รวมเป็น 64 คน

เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุมากกว่า 18 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมและสามารถรับประทานอาหารทางปากเองได้ และเกณฑ์คัดออกคือ เสียชีวิต ถอนตัว ไม่สามารถติดตามได้ เปลี่ยนวินิจฉัยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการรักษาวัณโรคครั้งนี้ (เดือน) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เชื้อชาติ ศาสนา แหล่งที่มาของอาหาร จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน รสชาติในการรับประทานอาหาร ลักษณะอาหารและความถี่ในการออกกำลังกายผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form: NAF) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาโดยสุรัตน์ โคมินทร์ และคณะ⁽⁴⁾ จำนวน 8 ข้อ แปรผลคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (NAF = A: normal-mild malnutrition) คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง (NAF = B: moderate malnutrition) และคะแนน 11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (NAF = C: severe malnutrition)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF ทุกราย และได้รับความรู้ในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยวัณโรค และการปฏิบัติตัว

สำหรับผู้ป่วยโรค ได้แก่ อาหารที่ควรรับประทานหรือควรหลีกเลี่ยง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม วิธีการแก้ปัญหาทางด้านโภชนาการต่าง ๆ และการติดตามการรักษา ใช้เวลา 10 นาที พร้อมทั้งแจกแผ่นพับ

หลังทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการติดตามประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือนตามลำดับ

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านแบ่งเป็น 7 กิจกรรมดังนี้

1. ประเมินความต้องการพลังงานในอาหารที่ควรได้รับต่อวันของแต่ละราย (total daily energy expenditure: TDEE) มาจากสูตร $TDEE = BMR \times \text{ค่าตัวแปร}$ (ค่าตัวแปรขึ้นกับการออกกำลังกาย)

ค่า BMR สำหรับผู้หญิง = $655 + (9.6 \times \text{น้ำหนักตัว}) + (8 \times \text{ส่วนสูง}) - (4.7 \times \text{อายุ})$

สำหรับผู้ชาย = $66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัว}) + (5 \times \text{ส่วนสูง}) - (8 \times \text{อายุ})$

ค่าตัวแปร นั่งทำงานอยู่กับที่หรือไม่ออกกำลังกายเลย = 1.2 ออกกำลังกายเบา ๆ หรือออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ = 1.375 ออกกำลังกายปานกลางหรือออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ = 1.55 ออกกำลังกายหนักหรือออกกำลังกาย 6-7 ครั้ง/สัปดาห์ = 1.725 ออกกำลังกายหนักมากหรือออกกำลังกายทุกวันวันละ 2 เวลา = 1.9

2. การกำหนดสัดส่วนโปรตีนที่ต้องการ 1.2-1.5 กรัม/น้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น/วัน โดยน้ำหนักที่ควรจะเป็น = ส่วนสูง - 100 (สำหรับผู้ชาย) หรือ 105 (สำหรับผู้หญิง)

3. การกำหนดอาหารแต่ละรายทั้งปริมาณและสัดส่วนอาหารของผู้ป่วยที่ควรได้รับต่อวัน ว่าควรได้รับอาหารอย่างไร และต้องมีการเสริมอาหารเสริมพื้นบ้านในปริมาณเท่าใด

4. รายการอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange) ในแต่ละหมวดหมู่ดัดแปลงอาหารในแต่ละหมวดหมู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอ และการดัดแปลงวัตถุดิบในการทำอาหารเสริมพื้นบ้าน

5. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่ควรรับประทานและตัวอย่างสัดส่วนอาหาร

6. การสอนและสาธิต (พร้อมญาติ) ในการทำอาหารเสริมพื้นบ้านในรูปแบบของอาหารปั่นผสม (เหลว) เสริมพลังงานจากวัตถุดิบที่มีอยู่ในพื้นบ้านโดยให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้วิธีการทำอาหารเสริมพื้นบ้านและการดัดแปลงอาหารและการประเมินการรับประทานอาหารของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยโรครับประทานอาหารเสริมพื้นบ้านเสริมจากมื้อหลัก 3 มื้อ และมื้อก่อนนอนโดยรับประทานมื้อละ 1 แก้ว ๆ ละ 200 มิลลิลิตร (200 แคลอรี)

7. การเยี่ยมบ้านติดตามและประเมินการรับประทานอาหารว่าเพียงพอหรือไม่และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนทดลองด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test) และการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไค-สแควร์

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 2024-22 (วันที่รับรอง 15 สิงหาคม 2567)

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้าน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยเป็นเพศชายร้อยละ 53.12 และ 50.00 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.37 และ 50.00 รายได้เฉลี่ย 5,395.00 บาท (SD=321.19) และ 11,042.85 บาท (SD=2,196.45) ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 56.25 และ 56.25 อยู่ในระยะต่อเนื่องของการรักษา ร้อยละ 62.50 และ 53.13 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 65.63 และ 62.50 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 68.75 และ 65.63 ซื้ออาหารมารับประทานเอง ร้อยละ 68.75 และ 59.37 รับประทานอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มื้อ ร้อยละ 68.75 และ 50.00 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 84.37 และ 81.25 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้าน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	17	53.12	16	50.00	1.00
หญิง	15	46.87	16	50.00	
อายุ (Mean $\pm$ SD)	51.03 $\pm$ 13.21		49.10 $\pm$ 14.13		0.553
สถานภาพสมรส					
โสด	10	31.25	13	40.63	0.531
คู่	22	68.75	19	59.37	
ระดับการศึกษา					
ได้รับการศึกษา	20	62.50	16	50.00	0.375
ไม่ได้รับการศึกษา	12	37.50	16	50.00	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	40.63	16	50.00	0.513
ประกอบอาชีพ	19	59.37	16	50.00	
รายได้ (Mean $\pm$ SD)	5,395.00 $\pm$ 321.19		11,042.85 $\pm$ 2,196.45		0.335
โรคประจำตัวร่วม					
มี	14	43.75	14	43.75	1.00
ไม่มี	18	56.25	18	56.25	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะการรักษาวัณโรค					
ระยะเพิ่มขึ้น	12	37.50	15	46.87	1.00
ระยะต่อเนื่อง	20	62.50	17	53.13	
ระยะการรักษาวัณโรค (วัน)	31.00 ± 43.10		36.00 ± 55.37		1.00
(Mean ± SD)					
สูบบุหรี่					
สูบ	11	34.37	12	37.50	0.433
ไม่สูบ	21	65.63	20	62.50	
สุรา					
ดื่ม	10	31.25	11	34.37	0.503
ไม่ดื่ม	22	68.75	21	65.63	
แหล่งที่มาของอาหาร					
ปลูกรับประทานเอง	10	31.25	13	40.63	0.171
ซื้อมารับประทาน	22	68.75	19	59.37	
จำนวนมื้ออาหาร (มื้อ)					
น้อยกว่าเท่ากับ 2	10	31.25	16	50.00	0.552
มากกว่าเท่ากับ 3	22	68.75	16	50.00	
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	5	15.63	6	18.75	0.103
ไม่ออกกำลังกาย	27	84.37	26	81.25	

*เปรียบเทียบร้อยละด้วยสถิติ chi-square test และค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ independent t-test

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.25) ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.00) รองลงมา ได้แก่ ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 14.06) รสชาติอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มีรสชาติดหวาน (ร้อยละ 28.13) รองลงมา รสชาติปานกลาง (ร้อยละ 21.88) รสชาติมัน และรสชาติเค็ม (ร้อยละ 17.18) ลักษณะอาหารปกติ (ร้อยละ 42.19) รองลงมาอาหารอ่อน (ร้อยละ 39.06) และอาหารเหลว (ร้อยละ 18.75) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	36	56.25
เบาหวาน	16	25.00
ติดเชื้อเอชไอวี	9	14.06
ความดัน	2	3.13
ไตวาย	1	1.56
เชื้อชาติ		
ไทย	64	100.00
สัญชาติ		
ไทย	64	100.00
รสชาติอาหาร		
หวาน	18	28.13
ปานกลาง	14	21.88
มัน	11	17.18
เค็ม	11	17.18
จืด	10	15.63
ลักษณะอาหาร		
ปกติ	27	42.19
อ่อน	25	39.06
เหลว	12	18.75

ภาวะโภชนาการก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการระดับ NAF = A, B และ C ร้อยละ 46.88, 34.37 และ 18.75 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้การให้สุศึกษาตามปกติมีภาวะโภชนาการระดับ NAF = A, B และ C เท่ากับร้อยละ 37.50, 46.88 และ 15.62 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.357$)

หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านมีภาวะโภชนาการระดับ NAF = A, B และ C เท่ากับร้อยละ 62.50, 37.50 และ 0.00 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติมีภาวะโภชนาการระดับ NAF = A, B และ C เท่ากับร้อยละ 31.25, 43.75 และ 25.00 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Alert Form: NAF) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้าน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการให้สุกศึกษาตามปกติ (กลุ่มควบคุม) (n=64)

กลุ่มตัวอย่าง	ภาวะโภชนาการ – จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value*
	NAF = A	NAF = B	NAF = C		
0 สัปดาห์					
- กลุ่มทดลอง	15 (46.88)	11 (34.37)	6 (18.75)	2.362	0.357
- กลุ่มควบคุม	12 (37.50)	15 (46.88)	5 (15.62)		
2 สัปดาห์					
- กลุ่มทดลอง	15 (46.88)	11 (34.37)	6 (18.75)	2.362	0.357
- กลุ่มควบคุม	12 (37.50)	15 (46.88)	5 (15.62)		
4 สัปดาห์					
- กลุ่มทดลอง	14 (43.75)	10 (31.25)	8 (25.00)	1.221	0.321
- กลุ่มควบคุม	12 (37.50)	14 (43.75)	6 (18.75)		
8 สัปดาห์					
- กลุ่มทดลอง	13 (40.62)	15 (46.88)	4 (12.50)	3.401	0.145
- กลุ่มควบคุม	10 (31.25)	16 (50.00)	6 (18.75)		
12 สัปดาห์					
- กลุ่มทดลอง	20 (62.50)	12 (37.50)	0 (0.00)	12.967	0.002
- กลุ่มควบคุม	10 (31.25)	14 (43.75)	8 (25.00)		

*ทดสอบด้วย chi-square test

อภิปราย

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุกศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวัดผลที่ระยะเวลา 12 สัปดาห์ อธิบายได้ว่าคนทั่วไปที่มีรูปร่างผอมและมีภาวะทุพโภชนาการ เมื่อป่วยเป็นวัณโรคแล้วโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้มากกว่าคนที่ภาวะโภชนาการปกติ เนื่องจากการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน ซึ่งมีระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ประกอบกับผลข้างเคียงของยาในการรักษาค่อนข้างมาก ยาบางตัวจะทำให้เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนเบื่ออาหาร กลืนลำบาก ส่งผลให้ภาวะโภชนาการแย่งกว่าปกติและจะทำให้การหายขาดจากการเป็นวัณโรคล่าช้า หรือโอกาสเป็นวัณโรคที่รุนแรงขึ้นได้สูงหรือบางรายอาจเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคได้ การมีภาวะโภชนาการที่ดีจะเป็นปัจจัย ๑ หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิตน้อยลงได้และหายจากการเป็นวัณโรคได้เร็วขึ้น การดูแลผู้ป่วยวัณโรคจึงควรส่งเสริมภาวะโภชนาการควบคู่กับการรักษาไปพร้อม ๆ กัน

การส่งเสริมภาวะโภชนาการช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคโดยอาหารเสริมพื้นบ้านที่อยู่ในรูปแบบอาหารปั่นผสม (เหลว) จะประกอบไปด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ สารอาหารครบถ้วน สะดวกต่อการรับประทาน (ดื่ม) มีพลังงาน และโปรตีนสูง ย่อยและดูดซึมได้ง่าย ร่างกายสามารถนำพลังงานไปใช้ได้รวดเร็ว หาวัดดูได้ตามถิ่นที่อยู่อาศัยและสามารถดัดแปลงวัตถุดิบได้เองตามธรรมชาติ ลดค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ต้องซื้ออาหารเสริมอื่น ๆ หรืออาหารทางการแพทย์ที่มีราคาค่อนข้างสูง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับประทานอาหารเสริมพื้นบ้านได้ง่ายและทำได้ด้วยตนเองส่งผลทำให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับพลังงาน โปรตีนและสารอาหารมากขึ้นเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและแก้ปัญหาทางด้านโภชนาการที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ช่วยฟื้นฟูร่างกาย อาจช่วยเพิ่มน้ำหนักในระหว่างการฟื้นตัวจากวัณโรค พร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำและติดตามการรับประทานอาหารตามรูปแบบที่กำหนดได้อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง การแนะนำเพิ่มมีอาหารเสริมให้มากขึ้นกรณีรับประทานอาหารหลักได้น้อยกว่าปกติรวมทั้งในทุกครั้งของการประเมินภาวะโภชนาการจะมีการสอบถามข้อมูลการรับประทานอาหารปกติและอาหารเสริมพื้นบ้านที่ได้ปฏิบัติตามรูปแบบที่วางแผนไว้เพื่อนำข้อมูลปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหารเสริมพื้นบ้านที่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของตนเองและสามารถกลับฟื้นตัวจากโรควัณโรคได้รวดเร็วขึ้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kennedy N, et al.⁽¹²⁾ ที่ศึกษาภาวะโภชนาการและการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในแทนซาเนียพบว่าผู้ป่วยวัณโรคจะมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของการรักษาและน้ำหนักจะขึ้นมากสุดในการรักษาเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากผู้ป่วยสามารถปรับตัวและสามารถปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นทนต่อโรคได้และงานวิจัยของ Edwards LB, et al.⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในโรงพยาบาลศูนย์แอฟริกา ประเทศกานา ผู้ป่วยวัณโรคที่เริ่มรักษาวัณโรคจะมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ 18.7 กิโลกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และมีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางและรุนแรง แต่สามเดือนหลังจากเริ่มการรักษาค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 19.5 กิโลกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และมีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง ซึ่งค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับประทานอาหารโปรตีนและพลังงานที่เพียงพอ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bhargava A, et al.⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่เป็นวัณโรคปอดในเขตชนบทตอนกลางของอินเดียและความสัมพันธ์กับการตาย พบว่าผู้ป่วยที่สูงอายุจะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ จากหลายสาเหตุและสาเหตุหลักคือภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรงในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือนแรกของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้กับคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคที่ก่อนเริ่มการรักษามีภาวะทุพโภชนาการ เน้นให้มีการส่งเสริมโปรแกรมอาหารเสริมในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการรักษา เนื่องจากเป็นระยะเข้มข้นของการรักษา จำนวนยาและผลข้างเคียงของยามากอาจทำให้ผู้ป่วยวัณโรคไม่ยอมรับรับประทานอาหาร เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ทำให้ขาดสารอาหารและเกิดภาวะทุพโภชนาการรุนแรง อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตได้ การส่งเสริมโปรแกรมอาหารเสริม

ในช่วง 12 สัปดาห์นี้ เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยฟื้นสภาพ ไม่ขาดสารอาหาร สามารถจัดการกับโรคต่อไป และส่งเสริมการหายขาดจากการเป็นวัณโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรควัณโรคขณะทำการรักษา วัณโรคได้มากขึ้นด้วย

สรุปผล

การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างการให้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริม พื้นบ้านกับการได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติของผู้ป่วยวัณโรค ในโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าข้อมูลพื้นฐานและภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกัน หลังทดลองที่ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองไม่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (NAF = C) ในขณะที่ กลุ่มควบคุมพบภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงร้อยละ 25.00

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ และโภชนาการ ที่ทำงานดูแลผู้ป่วยวัณโรค ควรนำโปรแกรมส่งเสริม โภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านในผู้ป่วยวัณโรคไปใช้ตั้งแต่กระบวนการคัดกรองและการประเมินภาวะ โภชนาการ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยที่ได้รับโภชนาการที่เหมาะสมรวดเร็วทันเวลา ในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์แรกของการรักษา จะมีโอกาสฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคมีสภาวะ ร่างกายที่ดีขึ้นและตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลและที่สำคัญลดโอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการร่วมกับอาหารเสริมพื้นบ้านที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานควบคู่กันไป เนื่องจากระยะเวลาการรักษา ยาและผลข้างเคียงของยาแตกต่างจากวัณโรคทั่วไปอย่างมาก เพื่อการดูแลและส่งเสริมภาวะโภชนาการ ในกลุ่มวัณโรคคือยาหลายขนานให้ดีขึ้นลดอัตราการเสียชีวิตลง
3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมอาหารเสริมสำหรับรายโรคเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีพร้อมกับโรค ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นควบคู่กันไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติและควบคุมควบคุมวัณโรคด้วยยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
4. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr. 2013;22(4):516-21.
5. Muscaritoli M, Molino A, Bollea MR, Fanelli FR. Malnutrition and wasting in renal disease. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009;12(4):378-83.
6. Srinivasan A, Syal K, Banerjee D, Hota D, Gupta D, Kaul D, et al. Low plasma levels of cholecalciferol and 13-cis-retinoic acid in tuberculosis: implications in host-based chemotherapy. Nutrition. 2013;29(10):1245-51.
7. Sudarsanam TD, John J, Kang G, Mahendri V, Gerrior J, Franciosa M, et al. Pilot randomized trial of nutritional supplementation in patients with tuberculosis and HIV-tuberculosis coinfection receiving directly observed short-course chemotherapy for tuberculosis. Trop Med Int Health. 2011;16(6):699-706.
8. Zachariah R. Moderate to severe malnutrition in patients with tuberculosis is a risk factor associated with early death. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002;96(3):291-4.
9. Bhattacharyya R, Banerjee D. Antioxidants: Friend or foe for tuberculosis patients. Advances in Bioscience and Biotechnology. 2013;4(11A):10-4
10. ณัฐศรีพันธุ์ วงศ์เดชา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการในคลินิกไตเทียม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2566;3(3):57-70.
11. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ntip-ddc.moph.go.th/ui/form/Login.aspx>
12. Kennedy N, Berger L, Curram J, Fox R, Gutmann J, Kisyombe GM, et al. Randomized controlled trial of a drug regimen that includes ciprofloxacin for the treatment of pulmonary tuberculosis. Clin Infect Dis. 1996;22(5):827-33.

13. Edwards LB, Livesay VT, Acquaviva FA, Palmer CE. Height, weight, tuberculous infection, and tuberculous disease. Arch Environ Health. 1971;22(1):106-12.
14. Bhargava A, Bhargava M, Meher A, Benedetti A, Velayutham B, Teja GS, et al. Nutritional supplementation to prevent tuberculosis incidence in household contacts of patients with pulmonary tuberculosis in India (RATIONS): a field-based, open-label, cluster-randomised, controlled trial. Lancet. 2023;402(10402):627-40.



โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
Phaholpolpayuhasena Hospital

วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา **Phaholpolpayuhasena Hospital Journal**

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม 2567