



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
Phichit Public Health Office

วารสารวิจัยและวิชาการ

# สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563 Vol. 1 No.1 January - June 2020

ISSN 2697-6625

## นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem : CRE ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจิตร  
สุกัญญา บัวชุม พย.ม., ไพโรจน์ โจวตระกูล ภ.บ., สุชาดา วงพระจันทร์ วท.ม.
2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร  
จรรยา นราธรสวัสดิกุล ปพส.(พยาบาลศาสตร์), ประพันธ์ เข้มแก้ว ส.บ.
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร  
อัจนา เจศรีชัย ศศ.ม.
4. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร  
มยุรี เข้มทอง ปพส.(พยาบาลศาสตร์)
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่  
กิระติ เวียงนาค วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)
6. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกัน  
สุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร  
อุทิศ วันเต ร.ป.ม.
7. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต  
ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย  
วิชาญ มีเครือรอด ส.ม.

## รายงานผู้ป่วย : Case Report

8. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก : กรณีศึกษา  
สุภาพภัทร์ พรหมอยู่ พย.บ.

## บทความพิเศษ : Special Article

9. วิกฤต COVID-19 จากความตื่นตัวของสังคมไทยถึงการบูรณาการดำเนินงานของทีมจังหวัดพิจิตรที่เข้มแข็ง  
ธีระพงษ์ แก้วภมร พ.บ.,ส.ม., วิศิษฎ์ อภิสถิธีวิทยา พ.บ.ว. สาขาอายุรศาสตร์  
ประทีป จันทรสิงห์ พ.บ., วว. สาขาคัลยศาสตร์

## ปกิณกะ : Miscellaneous

10. รายงานผลโครงการ “เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน”  
ธัญญาภรณ์ ใหญ่เจริญ ท.บ., ส.ม.
11. รายงานผลการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุด  
ของประชาชนในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
สมจินต์ มากพา ภ.บ.





วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธีระพงษ์ แก้วภมร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
นายแพทย์สุรชัย แก้วหิรัญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์กิตติโชติ ตั้งกิตติถาวร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ	

### บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นางปัทมา ผ่องสมบุญ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา)

### บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคัม

### รองบรรณาธิการ

ดร.รุ่งทิวา มโนวีรสรณ์ นายสมจินต์ มากพา นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี

### กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางสาวมานิสา เจริญทอง นายจิรยุทธ์ คงนุ่น นางดวงพร พูลสวัสดิ์กิติกุล  
นางสาวนุสรรา มณีโชติสกุลวงษ์ นางสาวชุติมา อินหัน

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ภก.วรวิทย์ พูลสวัสดิ์กิติกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.ธานี โชติภักคัม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ดร.รุ่งทิวา มโนวีรสรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ผศ.ดร.ทัตพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก

ผศ.ดร.ธนัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวินวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
ดร.รัฐคุณานิช กั้นหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์ ธนพัฒน์พงศ์	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สป.สธ.
ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี
นายแพทย์สมบุรณ์ จีนาพงษา	โรงพยาบาลพิจิตร
ทันตแพทย์หญิงสมร บุญเกษม	โรงพยาบาลพิจิตร
นายแพทย์ประทีป จันทรสิงห์	โรงพยาบาลวังทรายพูน
แพทย์หญิงผกามาศ เพชรพงศ์	โรงพยาบาลวชิรบำรุง

#### กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

##### 1. ฝ่ายบริหาร

นายวัชรินทร์ เวชวิริยกุล นางกอบแก้ว เรืองธรรม นางฐิติญากร สิ้นธุ์รัตน์

##### 2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข็มทอง นายสุวัฒน์ ทับมัน นายวรารกร โภชนะสมบัติ นางสาวอัญชุลี สังข์เมือง

##### 3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวนวนิตย์ เฮงสาย นางสาวอนุชยา สังข์เมือง

**กำหนดออก** ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

**สำนักงาน** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000 โทร. 0-5699-0354 ถึง 5 ต่อ 133 โทรสาร 0-5699-0353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

**ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่:**

[http://www.ppho.go.th/webppho/pphj2020/journal\\_2020\\_01\\_jan-jun.pdf](http://www.ppho.go.th/webppho/pphj2020/journal_2020_01_jan-jun.pdf)

**พิมพ์ที่**

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000 โทร. 081-675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

## สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



สวัสดีครับ พี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน  
สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง  
ในขณะนี้คงต้องกล่าวถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ  
COVID-19 ที่รัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข  
ได้ดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค  
อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ส่งผลให้สถานการณ์ติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 ของประเทศไทยวันนี้ (18 มิถุนายน 2563)  
มีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่มี  
ผู้เสียชีวิตเพิ่ม

จังหวัดพิจิตร ถึงแม้ว่ายังไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ได้ดำเนิน  
มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเข้มข้น ด้วยความร่วมมือ ร่วมใจของประชาชน  
องค์กรทุกภาคส่วน ที่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่จังหวัดพิจิตรกำหนด  
อย่างเข้มแข็ง ในระหว่างที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค และไม่สามารถตอบได้ว่าการระบาดครั้งนี้  
จะดำเนินไปถึงเมื่อไร แต่ผมมีความเชื่อมั่นในศักยภาพและความทุ่มเทของทีมนบุคลากร  
ทางการแพทย์และสาธารณสุข และพี่น้อง อสม.พิจิตรในทุกระดับ ที่ผ่านมาได้ปฏิบัติหน้าที่  
เป็นอย่างดี และมีกำลังใจต่อสู้เอาชนะ COVID-19 เพื่อชาวพิจิตรปลอดภัยจากโรค และ  
**พิจิตรต้องชนะ COVID-19**

ในวิกฤติ มีโอกาสเสมอ COVID-19 เป็นภาพสะท้อนถึงประสิทธิภาพการจัดการภาวะ  
วิกฤติและพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วนของจังหวัดพิจิตรได้เป็นอย่างดี โดยมี  
คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร ภายใต้การนำของ**นายสิริรัฐ ชุมอุปการ ผู้ว่าราชการ  
จังหวัดพิจิตร นำทีมขับเคลื่อนอย่างเข้มแข็ง** จึงขอชวนผู้อ่านทุกท่าน ได้ภาคภูมิใจร่วมกัน  
ในเรื่องราวของการทำงานควบคุมและป้องกันโรค ที่เผยแพร่ในวารสาร “วิจัยและวิชาการ  
สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ฉบับนี้ ในคอลัมน์บทความพิเศษ เรื่อง “วิกฤติ COVID-19  
จากความตื่นตัวของสังคมไทยถึงการบูรณาการดำเนินงานของทีมงานจังหวัดพิจิตรที่เข้มแข็ง”

วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ที่ท่านอ่านอยู่ขณะนี้ สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรมีความตั้งใจ นอกจากการเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริม สนับสนุน  
ความก้าวหน้าของบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ยังมุ่งหวังให้วารสารฉบับนี้เป็นพื้นที่การเรียนรู้  
และรวบรวมองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ผมขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารที่มีส่วนร่วมบริหารจัดการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ฉบับปฐมฤกษ์ บุคลากรสาธารณสุขที่ได้ส่งผลงานวิชาการมาตีพิมพ์ในครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการเสนอแนะให้ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์มีมาตรฐาน และขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกคนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำวารสารฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระที่นำเสนอจะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ รวมถึงสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรสาธารณสุขพิจิตร เพื่อก้าวเดินไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรสาธารณสุขพิจิตร “พิจิตรนำอยู่ ประชาชนสุขภาพดี ทุกาศีมีมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ มีความสุข”



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



## เปิดใจบรรณาธิการบริหาร



การดำเนินงานของวารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จริงๆแล้วได้กำเนิดขึ้นมาตั้งแต่ปี 2552 และให้บริการเผยแพร่ผลงานวิชาการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยดีตลอดมา แม้ว่าอาจมีบางช่วงเวลาที่มีการติดขัด มีข้อจำกัดงบประมาณ ความไม่พร้อมในการตีพิมพ์ทำให้อาจขาดความต่อเนื่อง ไม่มีผลงานวารสารของปีนั้นๆ

ออกมาเผยแพร่สำหรับวารสารวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรประจำปี 2563 ฉบับนี้ นับว่าเป็นวารสาร เผยแพร่ผลงานวิชาการ หรือองค์ความรู้ด้านสุขภาพฉบับใหม่ ฉบับแรกที่จัดพิมพ์ขึ้นในชื่อใหม่ วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ซึ่งเป็นการทบทวนและความตั้งใจของคณะกรรมการจัดทำวารสาร สสจ.พิจิตร ที่จะช่วยกันพัฒนาและยกระดับคุณภาพด้านการบริหารจัดการวารสาร และด้านคุณภาพของเนื้อหาผลงานวิชาการที่ส่งมาตีพิมพ์ มีการจดทะเบียนเลขมาตรฐานสากลประจำวารสารใหม่ (ISSN: 2697 6625) เป็นก้าวแรกที่จะพัฒนาวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ไปสู่มาตรฐานที่สูงขึ้นในอนาคต ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย หรือ TCI (Thai Journal Citation Index Centre) โดยได้มีการปรับปรุงระบบบริหารจัดการ คณะกองบรรณาธิการ/ทีมจัดการ และที่สำคัญได้เรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด เขต และส่วนกลาง รวมถึงสถาบันการศึกษา/มหาวิทยาลัย เข้าร่วมกลั่นกรอง ตรวจสอบประเมินคุณภาพต้นฉบับผลงานวิชาการ ซึ่งได้กำหนดไว้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสังคมศาสตร์

ในฐานะประธานบรรณาธิการบริหาร ขอขอบพระคุณพ.ธีระพงษ์ แก้วภมร นายแพทย์สาธารณสุขพิจิตร ที่ให้แนวทางและสนับสนุนการทำงานของกองบรรณาธิการ พญ.สุธาริน รัตนานนท์ หัวหน้าศูนย์คุณภาพและบรรณาธิการวารสารรพ.พิจิตรพร้อมทีมงานที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการวารสารวิชาการให้มีคุณภาพแก่ทีมจัดการวารสาร สสจ.พิจิตร และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้แก่คิด มุมมองต่อการจัดทำวารสาร และคุณภาพผลงานวิชาการที่จะเผยแพร่ ตลอดจนบรรณาธิการ (ดร.ธานี โชติติกคาม) และกองบรรณาธิการวารสารที่ได้ร่วมคิด ร่วมจัดการวารสารที่สามารถต่อยอดขยายผลไปสู่การบริหารจัดการระบบวิจัยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ผมมั่นใจว่าวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” จะเป็นประโยชน์  
สำหรับบุคลากรสาธารณสุขพิจิตรได้เรียนรู้ ทบทวน และปรับใช้ในการดำเนินงาน สุดท้ายนี้  
ผมขอฝากคำคมสั้นๆ เพื่อจุดพลังใจและเสริมพลังการทำงาน แก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้อ่าน  
ทุกท่านครับ

“ความสำเร็จ คือ ผลรวมของความพยายามเล็กๆ ที่เกิดขึ้นในทุกวัน”



(นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิตวิทAYA)

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

และประธานบรรณาธิการบริหาร

Phichit Public Health Office



## บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในฐานะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ความคิด และพัฒนาจากการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และ ประเมินผล ตลอดจนความเคลื่อนไหว ในแง่มุม ต่างๆ ของวิทยาการอันหลากหลาย รวมถึงนโยบาย และสถานการณ์ด้านสุขภาพ



คณะกรรมการบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและ วิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีความ ภาคภูมิใจที่วารสารฉบับปฐมฤกษ์ ซึ่งเป็นวารสารด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และ สังคมศาสตร์ ได้ออกสู่สายตาทุกท่าน โดยการจัดทำวารสารมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านสุขภาพ และเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมสร้าง แนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มี ทักษะการเขียนผลงานวิชาการ มีกำหนดการจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม กองบรรณาธิการได้เปิดรับผลงาน วิชาการหลากหลายประเภท ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย บทความพิเศษ บทความพื้นฟูวิชาการ และปกิณกะ

สำหรับผลงานวิชาการฉบับนี้ มีผู้ส่งบทความมาตีพิมพ์ จำนวน 11 เรื่อง รวม 4 ประเภท ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 7 เรื่อง มีสาระสำคัญที่น่าสนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พระสงฆ์ จนท.สธ. และการใช้ยาในผู้ป่วย รวมถึงเรื่อง กองทุนหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ พชอ. ประเภทรายงานผู้ป่วย กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยใช้เลือดออก ในส่วนประเภทบทความพิเศษ ทางกอง บก.ได้ นำเสนอเรื่องการบริหารจัดการในการควบคุมและป้องกัน COVID-19 ของจังหวัดพิจิตร ใน หัวข้อ “วิกฤต COVID-19 จากความตื่นตัวของสังคมไทยถึงการบูรณาการดำเนินงาน ของทีมจังหวัดพิจิตรที่เข้มแข็ง” และประเภทสุดท้าย คือ ปกิณกะ 2 เรื่อง ขอชวนท่าน ติดตามข้อค้นพบจากรายงานผลโครงการ “เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน” อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร และรายงานผลการศึกษาค้นคว้า ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการใช้ยาชุด ของประชาชนอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ผมในฐานะบรรณาธิการขอขอบพระคุณ ผู้มีส่วนส่งเสริม สนับสนุน และผู้ส่ง ผลงานทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันสร้างสรรค์และถ่ายทอดองค์ความรู้จากการทำงาน ยกระดับ คุณภาพผลงานวิชาการ เพื่อการพัฒนาวารสารไปสู่มาตรฐานที่สูงขึ้น ขอถือโอกาสนี้เชิญชวน

ผู้สนใจส่งผลงานวิจัย รายงานผลโครงการ นวัตกรรมด้านสุขภาพ เพื่อเผยแพร่ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2563 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2563 โดยผลงานที่ส่งมาตีพิมพ์จะได้รับการกลั่นกรอง ตรวจสอบประเมินความถูกต้อง และความเหมาะสมจากกองบรรณาธิการ และผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ผู้สนใจสามารถติดตามรายละเอียดวารสาร หรือดาวน์โหลดแบบฟอร์มการส่งบทความและคำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์ได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือ สแกน QR code ตามที่แสดงไว้ด้านล่างนี้

สุดท้ายนี้ หากท่านมีข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะประการใด ทางกองบรรณาธิการ มีความยินดีและขออ้อมรับ เพื่อพัฒนาวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป



(ดร.ธานี โชติทศคาม)

รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
และบรรณาธิการ

SCAN ME

เว็บไซต์ สสจ.พจ.



<http://www.ppho.go.th/webppho/index.php>

SCAN ME

วารสารวิจัยและวิชาการ



[http://www.ppho.go.th/webppho/pphj2020/journal\\_2020\\_01\\_jan-jun.pdf](http://www.ppho.go.th/webppho/pphj2020/journal_2020_01_jan-jun.pdf)

Phichit Public Health Office

## สารบัญ

หน้า

สารสั้นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

เปิดใจบรรณาธิการบริหาร

บรรณาธิการแถลง

### นิพนธ์ต้นฉบับ: Original Articles

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem: CRE ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจิตร  
สุกัญญา บัวชุม พย.ม., ไพโรจน์ โจวตระกูล ภ.บ., สุชาดา วงพระจันทร์ วท.ม.  
1 - 9
2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร  
จรรยา นราธรรสวัสดิกุล ปพส. (พยาบาลศาสตร์), ประพันธ์ เข้มแก้ว ส.บ.  
10 - 23
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร  
อัจฉนา เจศริชัย ศศ.ม.  
24 - 34
4. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร  
มยุรี เข้มทอง ปพส. (พยาบาลศาสตร์)  
35 - 48
5. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่  
กิระติ เวียงนาค วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)  
49 - 55
6. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน  
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร  
อุทิศ วันเต ร.บ.  
56 - 69
7. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต  
ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย  
วิชาญ มีเครือรอด ส.ม.  
70 - 85

### รายงานผู้ป่วย : Case Report

8. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก: กรณีศึกษา  
สุภาภรณ์ พรหมอยู่ พย.บ.  
86 - 90

# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563

Vol. 1 No. 1 January – June 2020

### สารบัญ

	หน้า
<b>บทความพิเศษ : Special Articles</b>	
9. วิกฤต COVID-19 จากความตื่นตัวของสังคมไทยถึงการบูรณาการดำเนินงานของทีมจังหวัดพิจิตรที่เข้มแข็ง ธีระพงษ์ แก้วภมร พ.บ., ส.ม., วิชาญ อภิสิทธิ์วิทยา พ.บ. วว. สาขาอายุรศาสตร์, ประทีป จันทรสิงห์ พ.บ. วว. สาขาศัลยศาสตร์	91 - 97
<b>ปกิณกะ : Miseellaneous</b>	
10. รายงานผลโครงการ “เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน” ธัญญาภรณ์ ไใหญ่เจริญ ท.บ., ส.ม.	98 - 104
11. รายงานผลการศึกษาคำความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร สมจินต์ มากพา ภ.บ.	105 - 110
<b>คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์</b>	111 - 116



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ติดต่อยา

## Carbapenem : CRE ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิจิตร

## Factors Associated with Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infection

## among Inpatient Department of Phichit Hospital

สุกัญญา บัวชุม พย.ม.

ไพโรจน์ โจวตระกูล ภ.บ., สุชาติดา วงพระจันทร์ วท.ม.

โรงพยาบาลพิจิตร

## บทคัดย่อ

การติดเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญ และมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โรงพยาบาลและประเทศชาติ การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ การกระจายของการติดเชื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลพิจิตร ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตรที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ CRE ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ CRE ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น และคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร ซึ่งยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการติดเชื้อ CRE ด้วย Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวันนอนทั้งหมดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 มีจำนวน 131,213 วัน มีการตรวจพบเชื้อ CRE จำนวน 153 ครั้ง พบเป็นการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล 37 ครั้ง คิดเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.28 ครั้ง/1,000 วันนอน การติดเชื้อ CRE ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงและในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คือพบร้อยละ 64.9 และ 70.3 ตามลำดับ หอผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบร้อยละ 48.6 รองลงมาคือศัลยกรรมและผู้ป่วยหนัก พบร้อยละ 29.7 และ 16.3 ตามลำดับ ตำแหน่งการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน พบร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร้อยละ 29.7 เชื้อก่อโรคที่พบส่วนใหญ่ คือ Klebsiella pneumoniae พบร้อยละ 72.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และผลของการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โรงพยาบาลควรมีมาตรการเพื่อการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาให้มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** การติดเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae, อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล, การกระจายการติดเชื้อในโรงพยาบาล

## บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ เป็นปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ

จากการประมาณการในปี พ.ศ. 2557 ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ ปีละ 700,000 คน หากไม่มีการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง คาดว่าในปี พ.ศ. 2593



การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน โดยในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกาจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 และ 4.2 ล้านคน ตามลำดับ และมีผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านบาท<sup>(1)</sup> การศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) ของ Zhang Y และคณะ พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ CRE มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 33.5 นอนโรงพยาบาลนานเฉลี่ย 29 วัน และต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักถึงร้อยละ 56.9<sup>(2)</sup>

สำหรับประเทศไทยก็ประสบปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกัน โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาเกือบทุกชนิดพร้อมกัน เช่น การดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และ third-generation cephalosporins ของเชื้อในกลุ่ม enterobacteriaceae และการดื้อยาในกลุ่ม carbapenem ของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand : NARST) ดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระหว่างปี พ.ศ. 2543-2561 จากโรงพยาบาล 85 แห่ง ในทุกภาคของประเทศไทย พบเชื้อ *A. calcoaceticus baumannii* complex ที่ดื้อต่อยา imipenem เพิ่มขึ้น คือ หอผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 72.2 หอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็น 79.8 นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* มีการดื้อยา กลุ่ม carbapenem (ertapenam, imipenam และ meropenem) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2561 เชื้อที่มีแนวโน้มสูงขึ้นแบบก้าวกระโดดมากกว่าเชื้อตัวอื่นๆ คือ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ที่ดื้อยาในกลุ่ม carbapenem<sup>(3)</sup> และจากการศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อ CRE ช่วงเดือนธันวาคม 2554-ธันวาคม 2559 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 3.37 ต่อแสนวันนอนในปี 2554 เป็น 32.49 ต่อแสนวันนอน ในปี 2559<sup>(4)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังเชื้อ

ดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลพิจิตร จากการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาในปี พ.ศ. 2559-2561 พบเชื้อ CRE มีแนวโน้มดื้อยาต้านจุลชีพสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือพบร้อยละ 5.96, 6.09 และ 8.31 ตามลำดับ

ทางระบาดวิทยามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านเชื้อก่อโรค และด้านสิ่งแวดล้อม<sup>(5)</sup> จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดจังหวัดร้อยเอ็ด พบปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลายประการ ได้แก่ การทำหัตถการอย่างต่อเนื่องมากกว่า 7 วัน การใส่ endotracheal tube การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง และการใส่สายสวนปัสสาวะ<sup>(6)</sup> การมีประวัติเคยติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การมีแผลเรื้อรังหรือแผลติดเชื้อ การมีประวัติการรักษาที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ การเคยรักษาด้วยยาต้านจุลชีพมาก่อน การเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก<sup>(7)</sup>

คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพิจิตร จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอุบัติการณ์ การกระจายของการติดเชื้อ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลพิจิตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

### วิธีและวิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ การกระจายของการติดเชื้อ CRE และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลพิจิตร ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตร ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ CRE ย้อนหลัง 1 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 แบ่งเป็น



2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา (case) หมายถึงกลุ่มที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ CRE และเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล กับกลุ่มควบคุม (control) หมายถึงกลุ่มที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ CRE แต่ไม่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ CRE และคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร ยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561<sup>(8)</sup> วิเคราะห์อุบัติการณ์ การกระจายของการติดเชื้อ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการติดเชื้อ CRE ด้วย Chi-square และ Fisher's exact test

#### ผล/ผลการดำเนินงาน

จากการรวบรวมข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาพบเชื้อ CRE พบว่ามีการตรวจพบเชื้อ CRE จำนวน 153 ครั้ง เป็นการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล 37 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 24.2 และไม่เป็นการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล จำนวน 116 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.8 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของการตรวจพบเชื้อ CRE จำแนกตามชนิดของการติดเชื้อ

ชนิดของการติดเชื้อ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
การติดเชื้อในโรงพยาบาล	37	24.2
ไม่เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล	116	75.8
การเป็นพาหะของโรค	21	13.7
การติดเชื้อในชุมชน	95	62.1
<b>รวม</b>	<b>153</b>	<b>100.0</b>

การกระจายของการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี

ขึ้นไป คือพบร้อยละ 64.9 และ 70.3 ตามลำดับ หอผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ ศัลยกรรมและผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 29.7 และ 16.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 29.7 เชื้อก่อโรคที่พบมากที่สุดคือ Klebsiella pneumonia คือพบร้อยละ 72.9 รองลงมาคือ Escherichia coli และ Enterobacter cloacae พบร้อยละ 18.9 และ 5.5ตามลำดับ ผลของการรักษาพบผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.4 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อ CRE

ในโรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ หอผู้ป่วย ตำแหน่งของการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อก่อโรค และ ผลการรักษา

ข้อมูล	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	35.1
หญิง	24	64.9
อายุ		
≤ 60 ปี	11	29.7
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	26	70.3
Mean 65.1 SD 17.2		
หอผู้ป่วย		
อายุรกรรม	18	48.6
ศัลยกรรม	11	29.7
กุมารเวชกรรม	1	2.7
ศัลยกรรมกระดูก	1	2.7
ผู้ป่วยหนัก	6	16.3
ตำแหน่งของการติดเชื้อ		
- การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	21	56.8
จากการคาสายสวน		
- การติดเชื้อปอดอักเสบจาก	11	29.7
การใช้เครื่องช่วยหายใจ		
- การติดเชื้อแผลผ่าตัด	3	8.1
- การติดเชื้อที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	2	5.4



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ หอผู้ป่วย ตำแหน่งของการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อก่อโรค และ ผลการรักษา (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n=37)	ร้อยละ
ชนิดของเชื้อก่อโรค		
Klebsiella pneumoniae	27	72.9
Escherichia coli	7	18.9
Enterobacter cloacae	2	5.5
Citrobacter amalonaticus	1	2.7
ผลของการรักษา		
หาย / ทูเลา	11	29.7
ส่งต่อ	7	18.9
เสียชีวิต	19	51.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านระยะเวลาอนโรงพยาบาล ปัจจัยด้านการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และปัจจัยด้านผลของการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไปมีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลมากกว่าการนอนโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ขึ้นไปถึง 4 สัปดาห์ และการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายมีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการอุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย สำหรับผลของการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิต มีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล มากกว่าผู้ป่วยที่หาย ทูเลา หรือได้รับการส่งต่อ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ปัจจัยแยกในแต่ละด้าน

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=116)		p-value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	13	35.1	61	52.6	.089
หญิง	24	64.9	55	47.4	
อายุ					
≤ 60 ปี	11	29.7	48	32.0	.841
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	26	70.3	104	68.0	
Mean 65.10 SD 17.20					



**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ปัจจัยแยกในแต่ละด้าน (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=116)		p-value
	n	%	n	%	
<b>หอผู้ป่วย</b>					
อายุรกรรม	18	48.6	78	67.2	.279
ศัลยกรรม	11	29.7	26	22.4	
กุมารเวชกรรม	1	2.7	1	0.9	
ศัลยกรรมกระดูก	1	2.7	2	1.7	
ผู้ป่วยหนัก	6	16.3	9	7.8	
<b>วันนอน รพ.</b>					
< 2 สัปดาห์	1	2.7	61	52.6	.000
2 สัปดาห์ขึ้นไป – 4 สัปดาห์	16	43.2	31	26.7	
4 สัปดาห์ขึ้นไป	20	54.1	24	20.7	
<b>การได้รับยาต้านจุลชีพในระยะเวลา 3 เดือน</b>					
ไม่ได้รับ	22	59.5	52	44.8	.134
ได้รับ	15	40.5	64	55.2	
<b>การได้รับการรักษาที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ</b>					
ไม่ได้รับ	1	2.7	14	12.1	.120
ได้รับ	36	97.3	102	87.9	
<b>การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพมาก่อน</b>					
ไม่มี	27	72.9	89	76.7	.663
มี	10	27.1	27	23.3	
<b>การมีโรคประจำตัวกลุ่ม</b>					
<b>Immunocompromised</b>					
ไม่มี	8	21.6	26	22.4	1.000
มี	29	78.4	90	77.6	
<b>การมีแผลเรื้อรังหรือแผลติดเชื้อ</b>					
ไม่มี	23	62.2	78	67.2	.690
มี	14	37.8	38	32.8	

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล ปัจจัยแยกในแต่ละด้าน (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มศึกษา (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=116)		p-value
	n	%	n	%	
การสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย					
ไม่มี	1	2.7	20	17.2	
มี	36	97.3	96	82.8	.027
เครื่องช่วยหายใจ	28	75.7	55	47.4	.004
สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง	11	29.7	16	13.8	.045
สายสวนปัสสาวะ	29	78.4	72	62.1	.050
* หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 รายมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายมากกว่า 1 ชนิด					
ผลของการรักษา					
หาย / ทูเลา	11	29.7	72	62.1	.002
ส่งต่อ	7	18.9	9	7.7	
เสียชีวิต	19	51.4	35	30.2	

### วิจารณ์

จากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลพิจิตร พบเท่ากับ 0.28 ครั้ง/1,000 วันนอน ซึ่งเป็นอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาของชลดดา ผิวผ่อง<sup>(9)</sup> ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจากข้อมูลหลายๆการศึกษาพบว่า การติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี<sup>(9-11)</sup>

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อ CRE มากที่สุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 70.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลตราดของ ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์<sup>(10)</sup> พบในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มากที่สุดเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อได้ง่าย ด้านหอผู้ป่วยพบว่าหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลสูงสุด รองลงมาคือ ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยหนัก พบร้อยละ 48.6, 29.7 และ 16.3 ตามลำดับ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดดา ผิวผ่อง<sup>(9)</sup> และการศึกษาของ ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์<sup>(10)</sup> ทั้งนี้เนื่องมาจากโรงพยาบาลพิจิตรมีเตียงรองรับในหอผู้ป่วยหนักเพียง 14 เตียง จากจำนวนผู้ป่วยวิกฤตต่อวันในปี 2562 มีเฉลี่ยถึง 41.5 ราย/วัน ทำให้ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือสายสวนต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลนั้นเข้ารับการรักษาอยู่ตามหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งหอผู้ป่วยเหล่านี้มีภาระงานสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นส่วนใหญ่<sup>(12)</sup> ประกอบกับการจัดการหอผู้ป่วยไม่สามารถจัดระยะห่างตามมาตรฐานได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายทั้งจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับต่อจากสภาพแวดล้อมหอผู้ป่วย และจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงญาติ

ตำแหน่งการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน

พบร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร้อยละ 29.7 สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์<sup>(10)</sup> และการศึกษาระดับตติยภูมิ<sup>(4)</sup> ที่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุด แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ชลดา ฝิว่อง<sup>(9)</sup> ที่พบการติดเชื้อปอดอักเสบที่พบการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 ทั้งนี้ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่ศึกษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยมีการสอดใส่ท่อทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ของโรงพยาบาลพิจิตร ผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่สายสวนปัสสาวะมากที่สุด การที่ผู้ป่วยได้รับสอดใส่สายสวนปัสสาวะและการคาสายสวนปัสสาวะไว้ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อท่อปัสสาวะ และมีผลต่อกล้ามเนื้อเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะเกิดการคลายตัวตลอดเวลา เชื้อโรคมานเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้ง่ายขึ้นทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้

จำแนกชนิดของเชื้อก่อโรคในกลุ่ม Enterobacteriaceae คือยาปฏิชีวนะ Carbapenem ที่พบมากที่สุดที่โรงพยาบาลพิจิตร คือ *Klebsiella pneumoniae* พบร้อยละ 72.9 รองลงมาคือ *Escherichia coli* และ *Enterobacter cloacae* พบร้อยละ 18.9 และ 5.5 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของชลดา ฝิว่อง<sup>(9)</sup> พบเชื้อชนิด *Klebsiella pneumoniae* มากที่สุดร้อยละ 61.8 รองลงมาคือ *Escherichia coli* และ *Enterobacter cloacae* พบร้อยละ 27.7 และ 7.3 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในปี พ.ศ. 2554-2559 ที่พบเชื้อชนิด *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* และ *Enterobacter spp.* มากที่สุดตามลำดับ<sup>(4)</sup>

สำหรับความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

ติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล มี 3 ปัจจัย คือปัจจัยด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล ด้านการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และด้านผลของการรักษา ปัจจัยด้านระยะเวลานอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 สัปดาห์ขึ้นไปมีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE มากกว่าการนอนโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ขึ้นไปถึง 4 สัปดาห์ และการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนานมักเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย ส่งผลให้เชื้อโรคมียช่องทางเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น และการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหรือจากผู้ป่วยรายอื่นที่มีการติดเชื้อ จึงมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาคาร์บาเพนิมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสกลนคร<sup>(13)</sup> ที่พบว่า

การนอนโรงพยาบาลนานกว่า 20 วัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อถึง 2.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 20 วัน และสอดคล้องกับการศึกษาของชลดา ฝิว่อง<sup>(9)</sup> ที่พบว่ากลุ่มติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลมีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไปมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล แต่แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ของทรศณีย์ นครชัย<sup>(14)</sup> พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มีแนวโน้มติดเชื้อดื้อยามากกว่าระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในระยะแรกนั้นร่างกายอ่อนแอไม่สามารถทนต่อการใช้ยาในขนาดที่สูงได้ ทำให้ไม่สามารถกำจัดเชื้อและเกิดเชื้อดื้อยาได้ในระยะเวลาต่อมา

ปัจจัยด้านการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายมีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการอุปกรณ์เข้าสู่

ร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุวัฒน์ สุรินราช, อนุศักดิ์ เกิดสิน และ ประภัสสร สมศรี<sup>(13)</sup> พบว่า หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ CRE และ/หรือ CRAB คือกลุ่มที่ได้รับการสอดใส่ท่อช่วยหายใจ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ของ นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และ ชินวัตร ศรีใส<sup>(6)</sup> พบปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านการทำหัตถการอย่างต่อเนื่องมากกว่า 7 วัน ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

ปัจจัยด้านผลของการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีแนวโน้มเกิดการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่หาย ทูเลา หรือส่งต่อ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอาการรุนแรงต้องได้รับการสอดใส่อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย ได้รับการรักษาที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ มีโรคประจำตัวกลุ่ม immunocompromised และต้องนอนโรงพยาบาลนาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหรือจากผู้ป่วยรายอื่นที่มีการติดเชื้อ จึงเกิดการติดเชื้อได้มากกว่า

## สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ การกระจายของการติดเชื้อและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลพิจิตร ผลการวิจัยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาล 0.28 ครั้ง/1,000 วันนอน ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงและในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หอผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม พบร้อยละ 48.6 รองลงมา คือ ศัลยกรรมและผู้ป่วยหนัก พบร้อยละ 29.7 และ 16.3 ตามลำดับ ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ ทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวน พบร้อยละ 56.8 รองลงมา คือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบร้อยละ 29.7 เชื้อก่อโรคที่พบส่วนใหญ่ คือ *Klebsiella*

*pneomoniae* พบร้อยละ 72.9 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ CRE ในโรงพยาบาลมี 3 ปัจจัย คือ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลการสอดใส่ อุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย และผลของการรักษา

## ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีโอกาสติดเชื้อ CRE โดยเฉพาะผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยมีการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และสายสวนปัสสาวะ โรงพยาบาลต้องมีมาตรการในการเฝ้าระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด สำหรับประเด็นในการวิจัยครั้งต่อไป แนะนำให้มีการนำปัจจัยในเรื่องระยะเวลาของการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ระยะเวลาการคาสายสวนปัสสาวะ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนและสถิติที่ให้ความช่วยเหลือในการสืบค้นเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย ท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ป่วยที่ได้ใช้ข้อมูลการเจ็บป่วยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลพิจิตรต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Neill JO. Review on antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. [Internet]. 2014 [cite 2019 Jul 27]. Available from [https://amrreview.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20%20Tackling%](https://amrreview.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20%20Tackling%20)



- [20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations\\_1.pdf](#)
2. Zhang Y, Wang Q, Yin Y, Chen H, Jin L, Gu B, et al. Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: Report from the China CRE Network. *Antimicrobial agent and chemotherapy*, 2018;62: e01882-17
  3. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. สถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 2000-2018. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th>
  4. Chotiprasitsakul D, Srichatrapimuk S, Kirdlarp S, Pyden AD, & Santanirad P. Epidemiology of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae : 5-year experience at tertiary care hospital. *Infection and Drug Resistance* 2019;12:461-468.
  5. อนุชา อภิสารธนรักษ์. ตำราระบาดวิทยาและมาตรการควบคุมของเชื้อจุลชีพดื้อยาในโรงพยาบาล 2554.
  6. นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และ ชินวัตร ศรีใส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2555; 5: 87-96.
  7. นฤมล จ้อยเล็ก, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. การพัฒนาระบบการให้คะแนนปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มสำหรับผู้ป่วยใน. *พยาบาลสาร* 2559; 43: 69-80.
  8. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อ
  9. ในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ ฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์; 2561.
  9. ชลดา ผิวผ่อง. อุบัติการณ์การติดเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae ที่ดื้อต่อยา Carbapenem โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์* 2559; 30:1-12.
  10. ธารทิพย์ มุกดาเพชรรัตน์. ความชุกของเชื้อ Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อในผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* 2562; 15 : 51-61.
  11. Li Y, Sun Q, Shen Y, Zhang Y, Yang J, Shu L et al. Rapid Increase in Prevalence of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae (CRE) and Emergence of Colistin Resistance Gene mcr-1 in CRE in Hospital in Henan, China. *Journal of Clinical Microbiology* [Internet]. 2018 [cite 2020 feb 16]. Available from <https://jcm.asm.org/content/56/4/e01932-17.long>
  12. รายงานภาระงาน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร.(2562). เอกสารอัดสำเนา
  13. อนุวัฒน์ สุรินราช, อนุศักดิ์ เกิดสิน และ ประภัสสร สมศรี. ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาคาร์บาเพนิม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2562; 22:40-51.
  14. ทรรศนีย์ นครชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดร 2561; 1: 23-30.

## การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

## Study of factors related to Health promotional behavior

## of monks in Phichit province

จรรยา นราธรสวัสดิกุล ปพส.(พยาบาลศาสตร์)

ประพันธ์ เข้มแก้ว ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร (2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร และ (3) ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร จำนวน 360 รูป เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.90 ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดและอารมณ์ ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้สรุปบรรยายความ ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 48.54 ปี จำนวนพรรษาที่บวชมากที่สุด 11-15 พรรษา ร้อยละ 38.61 ไม่ได้เรียนและจบประถมศึกษา ร้อยละ 43.61 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.00 ยังไม่ได้เปรียญธรรม ร้อยละ 79.72 เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 74.44 ไม่มีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆทางสงฆ์ ร้อยละ 81.67 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.44 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ไม่เคยเข้ารับการอบรมหรือประชุมเรื่องสุขภาพ ร้อยละ 58.61 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 65.83 และเคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 66.39 ส่วนปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.67 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 65.28 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 27.22 และระดับมาก ร้อยละ 7.50 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก การมีโรคประจำตัว การเข้ารับการอบรมหรือประชุมเรื่องสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร สรุปผลปัญหาและข้อเสนอแนะที่สำคัญ พบปัญหาที่สำคัญ 3 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ ปัญหา ได้แก่ พระสงฆ์บางส่วนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ขาดความรู้ในวิธีการ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมรสชาติอาหาร ตามแต่ญาติโยม



จะใส่บาตรหรือทำบุญ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกาย และโภชนาการ จัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่วัด อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยมในการจัดอาหารถวายพระสงฆ์ และสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์

## บทนำ

พระสงฆ์เป็นหนึ่งในพระไตรรัตน์ หรือแก้วสามประการ อันได้แก่ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ มีบทบาทและมีความสำคัญในสังคมไทย โดยเป็นผู้เผยแผ่พระธรรมจรโรงศาสนา<sup>(1)</sup> จากสถานะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป ไม่เว้นแม้ในกลุ่มพระสงฆ์ พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคอ้วน ฯลฯ ซึ่งในปัจจุบันพระภิกษุสูงอายุในประเทศไทยกำลังประสบปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่อาพาธด้วย โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งไม่แตกต่างไปจากโรคที่พบในประชาชนทั่วไป<sup>(2)</sup> จากการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ ปี 2559 รวม 122,680 รูป พบพระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อให้เกิดโรคคือสูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ บริโภคอาหารไม่เหมาะสม และจากสถิติข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2560 สาเหตุของโรคที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย พระสงฆ์และสามเณร<sup>(2)</sup>

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ เพนเดอร์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพส่งผลให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับมือต่อสุขภาพ

(Health Responsibility) ด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย (Physical Activity)

ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณหรือการพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) กิจกรรมทั้ง 6 ด้าน จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เพนเดอร์<sup>(3)</sup> ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ

1) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ความจำเป็นอย่างอื่น และทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ<sup>(3)</sup>

จังหวัดพิจิตรมีวัด 463 วัด มีพระสงฆ์ จำนวน 3,038 รูป<sup>(4)</sup> จากการศึกษา เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพตามหลักภavana 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร<sup>(5)</sup> พบว่า สุขภาวะทางกาย ร้อยละ 43.49 มีภาวะอ้วน ร้อยละ 39.21 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 14.33 ภาวะไขมันผิดปกติในเลือด ร้อยละของพระสงฆ์ที่พบความผิดปกติของคอเลสเตอรอล-รวมเอชดีแอล คอเลสเตอรอลแอลดีแอล-คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ



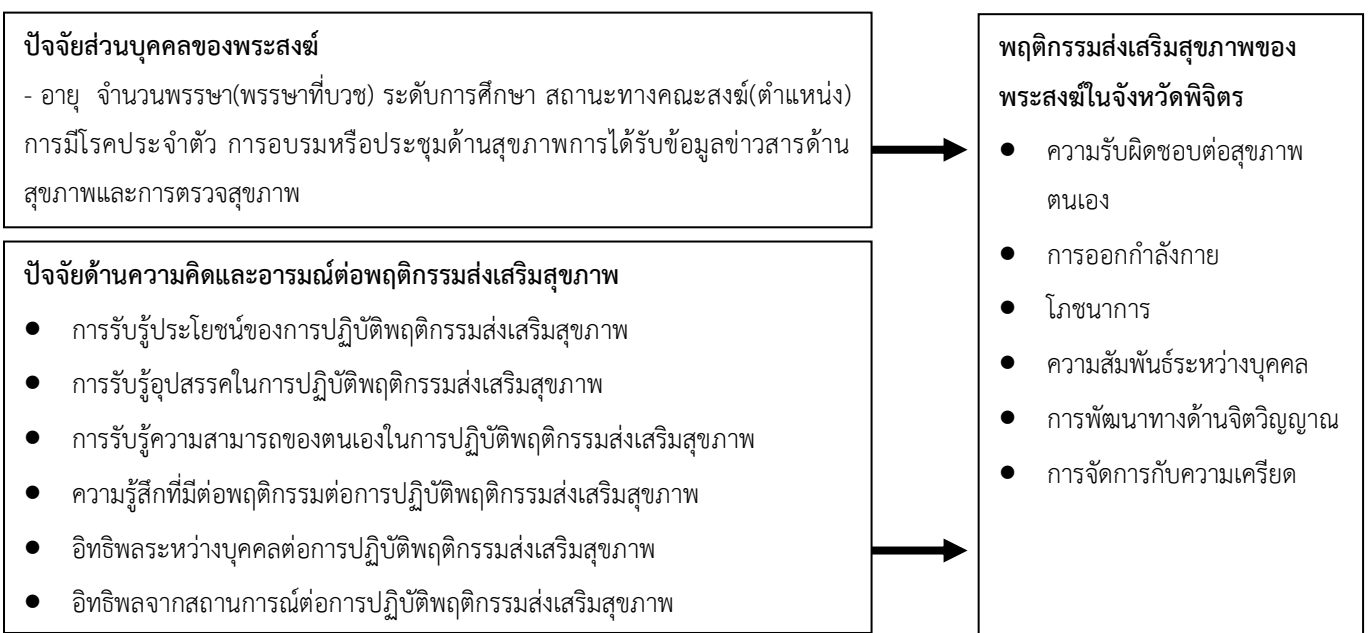
คิดเป็น ร้อยละ 32.01, 14.33, 30.28, และ 22.56 ตามลำดับ จากผลการตรวจร่างกายพบว่า ร้อยละ 42.09 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.96 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 12.58 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.71 มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ สำหรับจิตภานา พบว่า ร้อยละ 10.66 มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางจิต ในส่วนของสรีระภานาและปัญหาภานา อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า พระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางกายโดยพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้สูงกว่าที่พบในประชากรชายไทย การส่งเสริมสภาวะในพระสงฆ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญและเร่งด่วนและเป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในร่วมมือกันวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสภาวะในพระสงฆ์

จากปัญหาด้านสภาวะและพฤติกรรมส่งเสริมสภาวะของพระสงฆ์ข้างต้น จึงน่าจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสภาวะของพระสงฆ์โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสภาวะของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

**ตัวแปรต้น**







## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย พระสงฆ์จำพรรษา อยู่ที่วัดในจังหวัดพิจิตร ไม่น้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 3,038 รูป<sup>(4)</sup> และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการสอบถามโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน<sup>(6)</sup> ได้ขนาดตัวอย่างพระสงฆ์ จำนวน 360 รูป การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบแบบสอบถามใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก และกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 18 คน ได้แก่ เจ้าคณะอำเภอหรือผู้แทน จำนวน 6 รูป ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพพระสงฆ์ระดับอำเภอ 6 คน และผู้แทนชุมชน จำนวน 6 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>(3)</sup>

1.แบบสอบถามสำหรับสอบถามพระสงฆ์ โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวนพรรษา(พรรษาที่บวช) ระดับการศึกษา สถานะทางคณะสงฆ์(ตำแหน่ง) การมีโรคประจำตัว การอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการตรวจสุขภาพ ส่วนที่ 2 ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลใน

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร ลักษณะเป็นแบบปลายเปิด (Open Ended Question)

2.แบบสัมภาษณ์สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเป็นลักษณะปลายปิดและปลายเปิด (Open Ended Question) ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด สัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและประเด็นปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ และส่วนที่ 2 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตรในด้านต่างๆ คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

### การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาโดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับพระสงฆ์ งานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้แล้วนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีในการวิจัย จากนั้นใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยนำไปสร้างเครื่องมือ

2.กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สร้างแบบสอบถามและ



แบบสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบ ในแต่ละข้อ แล้วนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ มีการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่า IOC ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.90 ส่วนแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

3. นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

4. นำแบบสอบถามไปกับทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้กับพระสงฆ์ในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีสิ่งแวดล้อมและคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน และใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป

5. นำข้อคำถามที่จำแนกได้มาหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) หากได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.60 ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่นนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ได้<sup>(7)</sup> ผลจากการหาค่าความเชื่อมั่น มีดังนี้ 1) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เจ้าคณะอำเภอ เจ้าอาวาสวัดที่มีกลุ่มตัวอย่างและผู้แทนชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูล จำนวน 12 คน และชี้แจงแนวทางการเก็บแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พร้อมฝึกทักษะการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์จนเข้าใจ

3. จัดเตรียมแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์แยกไว้ตามจำนวน ขนาดตัวอย่าง

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จนครบจำนวน ขนาดตัวอย่าง

5. ตรวจสอบข้อมูลแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ หากได้ไม่สมบูรณ์ ปรับปรุงข้อมูลจนได้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เพียงพอตามที่ได้ออกแบบไว้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้กับข้อมูลต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนรายข้อและจัดระดับในภาพรวมของปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

- เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ เป็น 5 ระดับ<sup>(8)</sup> คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นหรือพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือพฤติกรรม อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือพฤติกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด

- เกณฑ์การจัดระดับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมินของ Ware<sup>(9)</sup> ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า  $\bar{X} - S.D.$  แสดงว่า มีความคิดเห็นหรือพฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่  $\bar{X} - S.D.$  ถึง  $\bar{X} + S.D.$

แสดงว่า มีความคิดเห็นหรือพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง



คะแนนมากกว่า  $\bar{X} + S.D.$  แสดงว่า มีความคิดเห็นหรือพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

2. สรุปข้อมูลปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยการสรุปประเด็น และบรรยายความ
3. สถิติวิเคราะห์

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบไครสแคว (Chi-Square test)

**ระยะเวลาดำเนินการวิจัย** เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติแล้วได้ทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ตลอดจน สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

### ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 48.54 ปี จำนวนพรรษาที่บวชมากที่สุด 11-15 พรรษา ร้อยละ 38.61 ไม่ได้เรียนและจบประถมศึกษา ร้อยละ 43.61 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.00 ยังไม่ได้เปรียญธรรม ร้อยละ 79.72 เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 74.44 ไม่มีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆทางสงฆ์ ร้อยละ 81.67 ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.44

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ไม่เคยเข้ารับการอบรม หรือประชุมเรื่องสุขภาพ ร้อยละ 58.61 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 65.83 และเคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 66.39

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 65.28 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 27.22 และระดับมาก ร้อยละ 7.50 ดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ( $\bar{X}=3.72$ ) รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{X}=3.64$ ) และ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ( $\bar{X}=3.44$ ) ส่วนด้านที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}=3.06$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร (ภาพรวม)

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (124-151คะแนน)	98	27.22
ปานกลาง (152-190คะแนน)	235	65.28
มาก (191-242คะแนน)	27	7.50
<b>รวม(คะแนนเต็ม 250 คะแนน)</b>	<b>360</b>	<b>100.00</b>



**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร (รายด้าน)

ด้าน	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์			ระดับ
	ส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	
1	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง	3.44	0.68	ปานกลาง
2	ด้านการออกกำลังกาย	3.06	0.85	ปานกลาง
3	ด้านโภชนาการ	3.43	0.57	ปานกลาง
4	ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.64	0.62	มาก
5	ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	3.72	0.61	มาก
6	ด้านการจัดการกับความเครียด	3.23	0.45	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย		3.42	0.56	ปานกลาง

ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 17.22 และระดับมาก ร้อยละ 16.11 ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{X}=4.18$ ) รองลงมา ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{X}=3.82$ ) และด้านความรู้สึที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{X}=3.80$ ) ส่วนด้านที่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{X}=3.44$ )

ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามระดับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร ในภาพรวม

ระดับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์		
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (136-167 คะแนน)	62	17.22
ปานกลาง (168 -210 คะแนน)	240	66.67
มาก (211 -246 คะแนน)	58	16.11
<b>รวม(คะแนนเต็ม 250 คะแนน)</b>	<b>360</b>	<b>100.00</b>

Mean =188.99, SD =21.25, Min =136, Max =246

**ตารางที่ 4** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร (รายด้าน)

ด้าน	ระดับความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์			ระดับ
	ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D	
1	ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.2	0.6	มาก
2	ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.4	1.1	ปานกลาง
3	ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.8	0.6	มาก
4	ด้านความรู้สึที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.8	0.6	มาก
5	ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.7	0.7	มาก
6	ด้านอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.7	0.8	มาก
รวมเฉลี่ย		3.8	0.5	มาก



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก การมีโรคประจำตัว การอบรมหรือประชุมเรื่องสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการตรวจสุขภาพ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์	$\chi^2$	df	P – value
อายุ	5.518	8	0.701
จำนวนพรรษา	9.65	6	0.14
ระดับการศึกษาทางโลก	12.932	6	0.044*
ระดับการศึกษาแผนกธรรม	2.322	6	0.888
ระดับการศึกษาแผนกบาลี	6.521	6	0.36
สถานะทางสงฆ์(ตำแหน่งในวัด)	7.052	4	0.13
ตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ ทางสงฆ์	1.663	2	0.435
การมีโรคประจำตัว	1.363	2	0.040*
การอบรมหรือประชุมด้านสุขภาพ	1.095	2	0.045*
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	1.271	2	0.043*
การตรวจสุขภาพ	0.405	2	0.049*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6 ส่วนรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์

**ตารางที่ 6** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความคิดและอารมณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร (ในภาพรวม)

ระดับความคิด และอารมณ์	ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์							
	น้อย		ปานกลาง		มาก		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	34	54.84	28	45.16	0	0	62	100
ปานกลาง	49	20.42	176	73.33	15	6.25	240	100
มาก	15	25.86	31	54.44	12	20.69	58	100
<b>รวม</b>	<b>98</b>	<b>27.22</b>	<b>235</b>	<b>65.28</b>	<b>27</b>	<b>7.5</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 51.402$  df = 4 P-value = 0.000\* \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร สรุปผลปัญหาและข้อเสนอแนะที่สำคัญ พบปัญหาที่สำคัญ 3 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ ปัญหา ได้แก่ พระสงฆ์บางส่วนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ขาดความรู้ในวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุม

รสชาติอาหารตามแต่ญาติโยมจะใส่บาตรหรือทำบุญ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกายและโภชนาการ จัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่วัด อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัวญาติโยมในการจัดอาหารถวายพระสงฆ์ และสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 7



**ตารางที่ 7** แสดงปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์  
ในจังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่าง	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
พระสงฆ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยดูแลตนเองได้น้อย ไม่ค่อยได้ตรวจสุขภาพ</li> <li>-อายุมาก สุขภาพไม่ดีไม่สามารถออกกำลังกายได้มาก บางส่วนไม่รู้วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม</li> <li>-พระสงฆ์ยังคงฉันอาหารหวานมันเค็ม งดยาก</li> <li>-การเข้าถึงบริการสุขภาพพระสงฆ์มีข้อจำกัด ในด้านสถานที่ให้บริการ ระยะเวลาในเรื่องการฉันภัตตาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยการจัดการอบรมและให้คำปรึกษา จัดทีมหมอพยาบาลสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่วัด</li> <li>-ให้ความรู้ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่พระสงฆ์</li> <li>-อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยม ในการจัดทำอาหารทำบุญใส่บาตร</li> <li>-อำนวยความสะดวกจัดบริการสุขภาพเฉพาะพระสงฆ์</li> </ul>
ผู้แทนชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พระสงฆ์ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง</li> <li>-รูปแบบการออกกำลังกายมีข้อจำกัดทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถออกกำลังกายเต็มรูปแบบ</li> <li>-ไม่สามารถควบคุมรสชาติอาหารตามแต่ญาติโยมจะใส่บาตรหรือทำบุญ พระท่านเลือกฉันอาหารไม่ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง</li> <li>-การจัดกิจกรรมให้พระได้ทำกิจกรรมภายในวัดที่เหมาะสมและให้ความรู้ในการออกกำลังกาย</li> <li>-ให้ความรู้แก่แม่ครัว,ผู้ที่มาทำบุญ ประเมินสุขภาพหรือตรวจสุขภาพว่ามีป่วยหรือไม่</li> </ul>
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> <li>-พระสงฆ์บางส่วนไม่ให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดความสนใจใส่ใจสุขภาพตนเอง เนื่องจากขาดความรู้ พระสงฆ์บางส่วนยังสูบบุหรี่อยู่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองแก่พระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้พระสงฆ์ทุกรูปเข้ารับการตรวจสุขภาพโดยจัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่วัด กำหนดเป็นนโยบายทุกระดับในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่</li> </ul>

กลุ่มตัวอย่าง	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
	<p>-พระสงฆ์ไม่ให้ความสำคัญการออกกำลังกายเนื่องจากอุปกรณ์ออกกำลังกายไม่เหมาะสม และไม่รู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม</p> <p>-พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับประทานตามใจหรือปฏิเสธอาหารจากญาติโยมที่นำมาถวายไม่ได้ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาหารหวานมันเค็ม</p>	<p>พระสงฆ์หรือสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้แก่พระสงฆ์ เช่น กิจกรรม 5 ส ของวัด แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกวิธี ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย</p> <p>-อบรมเรื่องการโภชนาการ แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่ญาติโยมถวาย ส่งเสริมแปลงผักสวนครัวในวัด โดยชุมชนมีส่วนร่วม</p>

### อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร พบว่าในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 65.28 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 27.22 และระดับมาก ร้อยละ 7.50 เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ( $\bar{X}=3.72$ ) รองลงมา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{X}=3.64$ ) และ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ( $\bar{X}=3.44$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X}=3.06$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของศนิกันต์ ศรีมณีและคณะ (2556)<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาษีเจริญ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งโดยรวม และสอดคล้องกับการศึกษาของคณิศวรร วุฒิสักดิ์สกุล(2560)<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

พบว่าพระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 3.48 อยู่ในระดับปานกลาง

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาทางโลก การมีโรคประจำตัว การอบรมหรือประชุมเรื่องสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของศนิกันต์ ศรีมณีและคณะ (2556)<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์



ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ อุปสรรคของพระภิกษุสงฆ์

การรับรู้ประโยชน์ของอาหารของพระภิกษุสงฆ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพระภิกษุสงฆ์ และอายุของพระภิกษุสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาษีเจริญและสอดคล้องกับการศึกษาของคณิศร วุฒิสักดิ์สกุล (2560)<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ( $p$ -value  $< 0.001$ ) โรคประจำตัว ( $p$ -value = 0.018) และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ( $p$ -value = 0.004) ส่วนจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด(ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3** เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร พบปัญหา และข้อเสนอแนะที่สำคัญ พบปัญหาที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ ปัญหา ได้แก่ พระสงฆ์บางส่วนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ขาดความรู้ในวิธีการออกกำลังกาย ไม่สามารถควบคุมรสชาตอาหารตามแต่ญาติโยมจะใส่บาตรหรือทำบุญ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกายและโภชนาการ จัดทีมสุขภาพ ไปตรวจสุขภาพที่วัด อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัวญาติโยมในการจัดอาหารถวายพระสงฆ์ และสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำปัญหา

อุปสรรคและข้อเสนอแนะไปพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรกำหนดการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เป็นนโยบายเน้นหนักในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน ลงไปดูแล และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุให้มากขึ้นและจริงจัง

2. เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ โดยกำหนดให้ทุกตำบลจัดทำโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้เข้ารับการอบรมหรือประชุมเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้รับรู้ประโยชน์ รู้ความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทั้งทางด้านดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ และให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้พระสงฆ์ได้ตรวจสุขภาพและให้การรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยอำนวยการ ความสะดวกจัดบริการสุขภาพเฉพาะพระสงฆ์

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรควรประสานความร่วมมือสำนักพระพุทธรักษาจังหวัดพิจิตร จัดรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาการเพื่อให้พุทธศาสนิกชนถวายภัตตาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหรือพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวควรได้รับภัตตาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนารูปแบบวิธีการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ เช่น กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย



เพื่อให้พระสงฆ์เกิดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

3.หน่วยงานสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือองค์กรคณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสนับสนุนการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ

4.หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและทางวัดในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องของพระสงฆ์โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดบริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

### สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนงาน/โครงการเพื่อดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ตลอดจนจัดกิจกรรมให้พระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตรให้สามารถปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร พบปัญหาที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคือ ให้ความรู้แก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การออกกำลังกายและโภชนาการ จัดทีมสุขภาพไปตรวจสุขภาพที่วัด อบรมให้ความรู้แก่แม่ครัว ญาติโยมในการจัดอาหารถวายพระสงฆ์ และสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

อย่างต่อเนื่อง สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรที่กรุณาให้การสนับสนุน ตรวจสอบเครื่องมือและให้คำปรึกษาเป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพระสงฆ์ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอนมัสการพระคุณเจ้ากลุ่มตัวอย่างทุกท่านตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. สุนันท์ แสงทรัพย์และวันเพ็ญ แก้วปาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2554.
2. กระทรวงสาธารณสุข. วิฤตสุขภาพพระสงฆ์ไทย นับแสนรายป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เหตุพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2562). เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751> ; 2562.
3. Pender , N. J. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2562). เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115422>; 2006.
4. สำนักพระพุทธศาสนาจังหวัดพิจิตร. ข้อมูลวัดและพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร ปี 2562. รายงานการ



สำรวจข้อมูลวัดและพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร  
ปี 2562. จังหวัดพิจิตร ; 2562.

5. พระราชสิทธิเวที (วิรัช วิโรจน์) เบญจมาศ สุขสถิตย์  
วโรตม เสมอเชื้อและชมพูนุท สิงห์มณี. การวิเคราะห์  
สถานการณ์สุขภาวะตามหลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์  
ในจังหวัดพิจิตร. วารสาร มจร สังคมศาสตร์  
ปริทรรศน์ 2562 ; 8 :15-27.
6. จักรกฤษณ์ สำราญใจ. การกำหนดขนาดของกลุ่ม  
ตัวอย่างเพื่อการวิจัย. (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 ตุลาคม  
2562. เข้าถึงได้จาก  
[http://www.jakkrit.lpu.ac.th/pdf/27\\_11\\_44/9.pdf](http://www.jakkrit.lpu.ac.th/pdf/27_11_44/9.pdf))  
;2551.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการ  
วิจัย. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์  
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ;
8. ประภาพรรณ เส็งวงศ์. การพัฒนานวัตกรรมการ  
เรียนรู้ด้วยวิธีการวิจัย ในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ :  
บริษัทดวงกมลสมัย จำกัด ; 2550.
9. ยุพาภรณ์ จันทรมิมล. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม  
การป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ผลิต  
ยางพารา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย) เชียงใหม่ :  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
10. ศนิกานต์ ศรีมณีและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
ต่อพฤติกรรมการบริโภค ของพระภิกษุสงฆ์และ  
พฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขต  
ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสยาม 2561 ; 19 : 22-38.
11. คณิศฉัตร วุฒิสักดิ์สกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม  
สุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัด  
เชียงใหม่.วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
สาขาภาคเหนือ 2561 ; 24 : 71-83.

## ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร

## Factors Predicting Self-Care Behaviors among the Elderly with Diabetes

## in Phichit province

อัจฉนา เจศรีชัย ศศ.ม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร (2) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 18,564 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาจากคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยการเทียบสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 510 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง โดยหาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling; SEM) เพื่อหาปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.787$ ) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานยา ( $\bar{X} = 2.573$ ) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 2.376$ ) ยกเว้นพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด ( $\bar{X} = 2.264$ ) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 2.161$ ) ที่พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลรวมสูงสุด ( $\beta = 0.422$ ) แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวานที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ( $R^2$ ) ของตัวแปรแฝงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 20.00 ( $R^2 = 0.200$ )

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน

## บทนำ

จากรายงาน Global Age Watch Index 2015 ประชากรโลกมี 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวมทั่วโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น “สังคมสูงวัย” แล้ว และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2030 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน หรือ ร้อยละ 16.5 และภายในปี ค.ศ.2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก (Help Age International, 2015)<sup>(17)</sup> ซึ่งประเทศไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน อัตราการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเร็วกว่าของประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก จึงมีเวลาเตรียมรองรับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้ น้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้ จำนวนและร้อยละประชากรสูงอายุของไทย จะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว คือจากประมาณ 8 ล้านคน ใน พ.ศ. 2553 เป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละประชากรสูงอายุก็เพิ่มเกือบเท่าตัวเช่นกัน จากประมาณ ร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558)<sup>(7)</sup>

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและโครงสร้างสังคมดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ และจะส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ จะกระทบต่อผู้สูงอายุแล้ว ในส่วนของผู้สูงอายุนั้นยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และกลายเป็นปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นปัญหาพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ประสบปัญหาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (ธัญช กนกเทศ, 2559)<sup>(6)</sup>

ซึ่งในจังหวัดพิจิตร สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเช่นเดียวกับในระดับประเทศ โดยภาพรวมประชากร ณ เดือนมีนาคม 2562 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 90,918 คน คิดเป็นร้อยละ 24.23 ของประชากรทั้งจังหวัด และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 18,564 คน คิดเป็นร้อยละ 20.24 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2562)<sup>(6)</sup> จากการศึกษาของรุ่งโรจน์ เจศรีชัย และธัญช กนกเทศ (2562) พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้น พฤติกรรมทางด้านการออกกำลังกาย ที่อยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้ง 2 ด้าน ที่อยู่ในระดับมาก ส่วนทัศนคติของผู้สูงอายุทั้งในด้านที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 2 ด้าน และถึงแม้ว่าที่ผ่านมา จังหวัดพิจิตรจะมีการดำเนินกิจกรรมที่จะควบคุมโรคเบาหวานในหลากหลายรูปแบบ และเป็นการศึกษาในบุคคลทั่วไปที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ยังไม่สามารถสรุปผลออกมาได้อย่างชัดเจนว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้น รูปแบบใดที่ให้ประสิทธิผลของผลลัพธ์ได้ดีที่สุด จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจังหวัดพิจิตร โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร

**ขอบเขตการวิจัย****ขอบเขตด้านเนื้อหา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร

**ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 18,564 ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีของ Orem (2001)<sup>(22)</sup> และการศึกษาของ ทศน์วรรณ พลอุทัย (2557)<sup>(5)</sup> ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1983)<sup>(23)</sup> การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 2008)<sup>(15)</sup> และแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)<sup>(18)</sup> และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (ปัทมา สุพรรณกุล และคณะ, 2560)<sup>(8)</sup>; เอกภพ จันทรสุคนธ์ และคณะ, 2560<sup>(13)</sup>; กมลพรรณ จักรแก้ว, 2561)<sup>(1)</sup> ตามภาพที่ 1

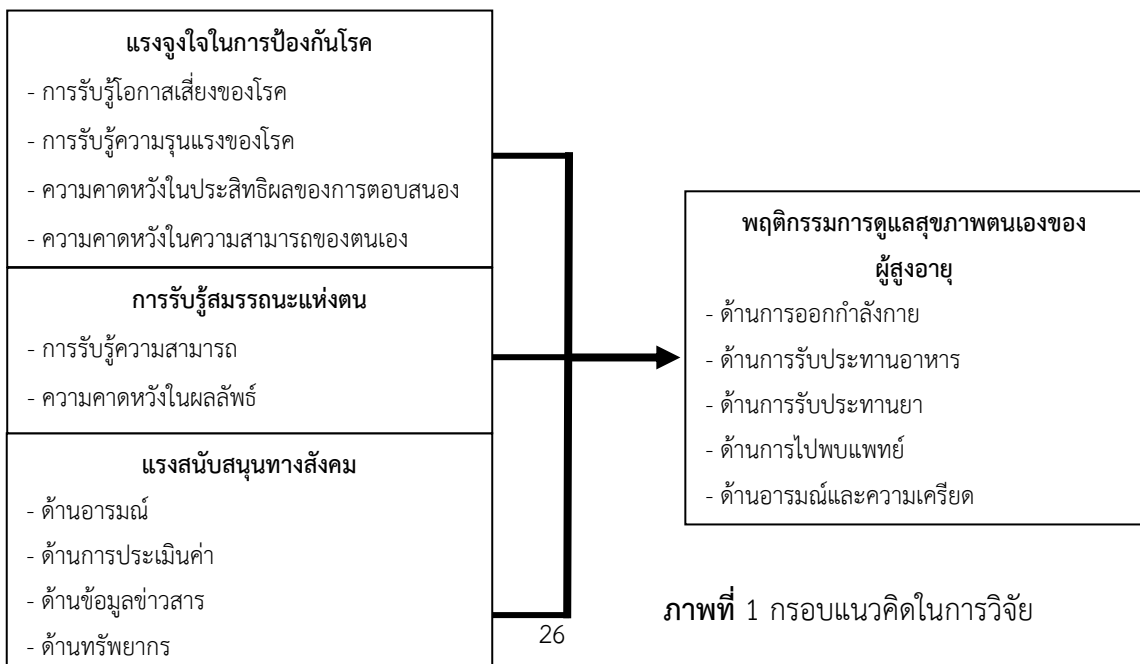
กลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง จำนวน 508 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

**ขอบเขตด้านตัวแปร**

การวิจัยครั้งนี้มี 2 ตัวแปร คือ

**ตัวแปรต้น** ได้แก่ 1) แรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบไปด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบไปด้วยการรับรู้ความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ และ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการไปพบแพทย์ และด้านอารมณ์และความเครียด



### วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่จังหวัดพิจิตร จำนวน 18,564 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัย 3 อำเภอ จากทั้งหมด 12 อำเภอ โดยวิธีการเจาะจงเลือก (Purposive sampling) โดยเลือกอำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุดในจังหวัดพิจิตร คือ อำเภอลำลูกทานิม อำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานระดับกลาง คือ อำเภอตะพานหิน และอำเภอที่มีอัตราผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยที่สุด คือ อำเภอเบ็ญจบุรณย์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยการเทียบสัดส่วนประชากร ด้วยสูตรต่อไปนี้

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

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$p$  = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร

(ถ้าไม่ทราบให้กำหนด = 0.5)

$N$  = ขนาดของประชากร

$e$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$Z$  = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

คำนวณกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอลำลูกทานิม = 168 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอตะพานหิน = 182 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเบ็ญจบุรณย์ = 158 คน

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาทั้งหมด 508 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 520 ราย ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของ Hair, J. et al (2010)

ที่ได้เสนอแนวทางการกำหนดขนาดตัวอย่างไว้ว่าขนาดตัวอย่างต้องไม่ต่ำกว่า 100 ตัวอย่าง และมีสัดส่วนจำนวนเท่าของขนาดตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการ ประมาณค่าเป็น 10-12 ตัวอย่างต่อ 1 พารามิเตอร์

จากนั้นคำนวณหาค่าช่วง /ระยะห่าง (Interval:  $I$ ) ในการสุ่มด้วยสูตร  $I = N/n$  ตามวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (systematic sampling) โดยหาจากการนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอำเภอ นั้น ( $N$ ) มาหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ( $n$ ) ที่กำหนดไว้ในอำเภอ นั้น เมื่อได้ค่าระยะห่างผู้วิจัยจะนำค่าที่ได้ไปทำการสุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ออกมาจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในอำเภอ นั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 5 ตอน ดังต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

เป็นข้อความชนิดตอบแบบสั้น และเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ โดยรวมเฉลี่ยต่อเดือน

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย (เท่ากับ 3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (เท่ากับ 2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (เท่ากับ 1 คะแนน)

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีจำนวนทั้งหมด 2 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ เป็นจริง (เท่ากับ 3 คะแนน) ไม่น่าใจ (เท่ากับ 2 คะแนน) และ ไม่เป็นจริง (เท่ากับ 1 คะแนน)

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนประจำ (เท่ากับ 3 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนบางครั้ง (เท่ากับ 2 คะแนน) และ ไม่เคยได้รับการสนับสนุน (เท่ากับ 1 คะแนน)

**ตอนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ แต่เนื่องจากแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีทั้งข้อคำถามที่เป็นไปได้ในด้านบวกและด้านลบ เกณฑ์การให้คะแนนจึงเป็นดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ(ด้านบวก เท่ากับ 3 คะแนน, ด้านลบ เท่ากับ 1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (ด้านบวก เท่ากับ 2 คะแนน, ด้านลบ เท่ากับ 2 คะแนน) และ ไม่เคยปฏิบัติ (ด้านบวก เท่ากับ 1 คะแนน, ด้านลบ เท่ากับ 3 คะแนน )

การแปลความหมายระดับคะแนน (ส่วนที่ 2-5) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (2.34 - 3.00) ระดับปานกลาง (1.67-2.33) และระดับน้อย (1.00-1.66)

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและนำมาคำนวณค่าดัชนีสอดคล้อง Index of Item

-Objective Congruence (IOC) พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66-1.00 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลท่าเสา อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชิรบารมี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปึงนาราง

2. ประชุมขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล และชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้มีความเข้าใจในข้อคำถามที่ถูกต้องตรงกับที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยวิธีการแจกแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านและเขียนหนังสือไม่ได้ ผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลจะอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้เลือกตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์ โดยได้รับแบบสอบถามผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่ตอบข้อคำถามครบถ้วน จำนวน 510 ฉบับ จากเป้าหมาย จำนวน 520 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 98.07 ซึ่งเป็นอัตราตอบกลับที่อยู่ในเกณฑ์ดี ที่มากกว่าร้อยละ 70 ตามเกณฑ์ของ Babbie (1998)<sup>(14)</sup>



## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง โดยหาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling; SEM) เพื่อหาปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองงาน

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ตามเอกสารรับรองหมายเลข 05/2562 วันที่รับรอง 9 กันยายน 2562 ในขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกประการด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร

คุณลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.84 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.39 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.02 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 64.90 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 37.45 และมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 59.41

**ส่วนที่ 2** ระดับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก เรียงจากมากไปน้อยได้ คือ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ( $\bar{X} = 2.711$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\bar{X} = 2.701$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ( $\bar{X} = 2.626$ ) และน้อยที่สุด คือ ความคาดหวัง

ในความสามารถของตนเอง ( $\bar{X} = 2.625$ ) ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับมาก ทั้ง 2 ด้าน คือ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ( $\bar{X} = 2.720$ ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ( $\bar{X} = 2.684$ )

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก เรียงจากมากไปน้อยได้ คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X} = 2.678$ ) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ( $\bar{X} = 2.664$ ) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 2.657$ ) และน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร ( $\bar{X} = 2.580$ )

และปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการไปพบแพทย์ และป้องกันโรคแทรกซ้อน มากที่สุด ( $\bar{X} = 2.787$ ) รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ( $\bar{X} = 2.573$ ) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ( $\bar{X} = 2.376$ ) ยกเว้นพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด ( $\bar{X} = 2.264$ ) และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 2.161$ ) ที่พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

### ส่วนที่ 3 การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

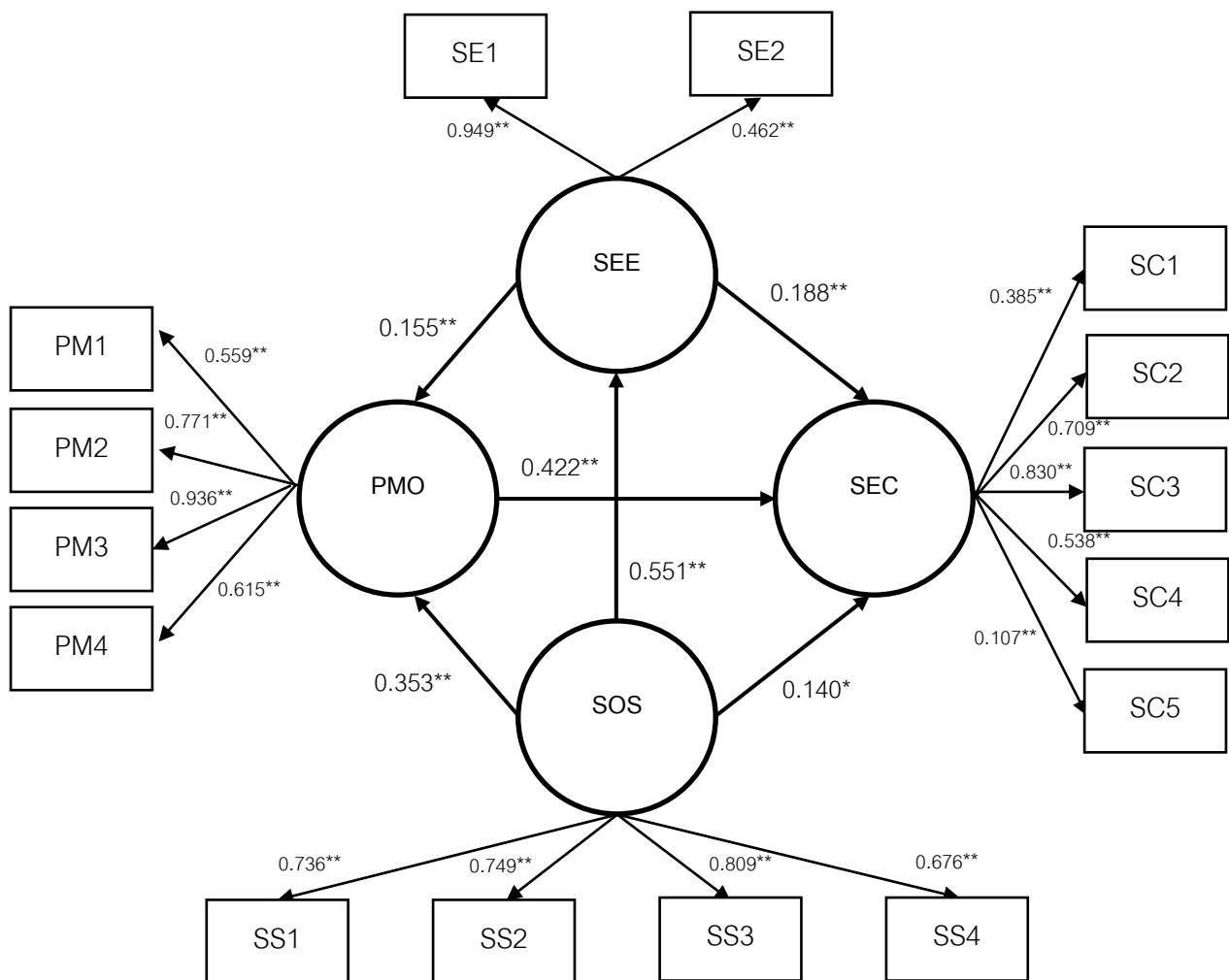
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient --ICC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.037-0.681 จะเห็นว่าค่า ICC มีขนาดใหญ่ ( $> 0.05$ ) แสดงว่ามีความสอดคล้องกันสูง เหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์ (Snijders & Bosker, 1999)<sup>(24)</sup>

การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อประมาณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรทำนาย ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายเฉพาะของตัวแปรที่มีต่อตัวแปรตาม ซึ่งเป็นการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างระดับเดียว (Single

Level SEM) ผลการตรวจสอบความตรงของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบเชิงสาเหตุดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ ได้แก่ ค่า  $\chi^2 = 69.149$   $df = 65$  ค่า  $p = 0.3392$  ดัชนี CFI = 0.999 ดัชนี TLI = 0.998 ค่า RMSEA = 0.011 ค่า SRMR = 0.025 และ  $\chi^2/df = 1.063$  โดยค่า  $p$  มากพอที่จะไม่ปฏิเสธสมมติฐาน แสดงว่าค่า  $\chi^2$  ไม่นัยสำคัญทางสถิตินั้นคือ ยอมรับสมมติฐานว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ มีความตรง

ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ ค่าดัชนี CFI และ TLI ที่มีค่ามากกว่า .95 ค่าดัชนี RMSEA และ SRMR มีค่าเข้าใกล้ 0 และ  $\chi^2/df$  มีค่าน้อยกว่า 2 นั้นคือยอมรับสมมติฐานว่าตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือรูปแบบมีความตรง ตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) ( $\beta = 0.422$ ) รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) ( $\beta=0.188$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ( $\beta = 0.140$ )

และในส่วนของการศึกษาขนาดอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) มีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลรวมสูงสุด ( $\beta = 0.422$ ) แสดงว่าถ้าผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเบาหวานที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ( $R^2$ ) ของตัวแปรแฝงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค (PMO) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SEE) และแรงสนับสนุนทางสังคม (SOS) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 20.00 ( $R^2 = 0.200$ )

## วิจารณ์

1. ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา สุพรรณกุล และคณะ (2560)<sup>(8)</sup> ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.9 ระดับดี ร้อยละ 52.1 และเอกภพ จันทร์สุคนธ์ และคณะ (2560)<sup>(13)</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก

มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก และดี เช่นเดียวกับ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561)<sup>(1)</sup> ที่พบว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี อาจเนื่องมาจากการคมนาคมที่สะดวก ความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุขที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีระดับสูงที่สุด ทั้งจากการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล และการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของการแพทย์และวิชาชีพ (Kleinman, 1980<sup>(20)</sup>; ฌอนมศักดิ์ บุญสุ, 2554)<sup>(4)</sup> ทำให้แพทย์ หรือหมอในความคิดของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ด้านพฤติกรรม การออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561)<sup>(1)</sup> และสุปรียา เสียงดัง (2560)<sup>(11)</sup> ที่พบว่า อาจเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความยากลำบาก สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากบ้าน ทำให้การเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ เป็นไปด้วยความลำบาก อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความเชื่อว่าการไปทำงาน ทำนา ทำสวน คือการออกกำลังกายแล้ว

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏกร สุทธิวรรณ (2555)<sup>(3)</sup> และเจษฎา บิณเกียรติคุณ (2557)<sup>(2)</sup> ในผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเข้าร่วมดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อให้เกิดความร่วมมือในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากแรงจูงใจในการป้องกันโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.01$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มากพอ จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒมา และนันทวรรณ สุวรรณรูป (2554)<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ( $\beta = .509, p < .001$ ) และสอดคล้องกับ Mohebi, et al (2018)<sup>(21)</sup> ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลสุขภาพควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น แต่ถ้าให้มีความยั่งยืน ผู้สูงอายุควรจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการรับรู้สมรรถนะของตนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่ง Jingxuan, et al (2017)<sup>(19)</sup> พบว่า การกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้เกิดขึ้นเป็นเวลานาน 6 เดือน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.001$ ) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว ยังพบว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงที่สุด กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ดีจะสมัครใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพราะมีความเชื่อว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

## สรุป

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ พฤติกรรมการไปพบแพทย์และป้องกันโรคแทรกซ้อน มากที่สุด รองลงมาคือพฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ยกเว้นพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 20.00

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ควรมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มุ่งสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อทำให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมทางด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เครือข่ายในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ต้องบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก และต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จึงควรมีการศึกษาวิจัยในปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และควรเป็นการศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

1. กมลพรรณ จักรแก้ว. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่.[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
2. เจษฎา ปวีณเกียรติคุณ. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
3. ณัฏชกร สุทธิวรรณ, ธนัช กนกเทศ, พรรณยุพานพริก และธวัช บุญยมณี. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555;6:23-34.
4. ถนอมศักดิ์ บุญสุ. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี.

[วิทยานิพนธ์]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2554.

5. ทศน์วรรณ พลอุทัย. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในตำบลห้วยเกิ้ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
6. ธนัช กนกเทศ. สังคมวิทยาสาธารณสุข. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2559.
7. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
8. ปัทมา สุพรรณกุล, สุทธิชัย ศิรินิวล, เจษฎากร โนนินทร์, วิมาลา ชโยดม และอรพินท์ สิงหเดช. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11:211-23.
9. รุ่งโรจน์ เจศรีชัย และธนัช กนกเทศ. ปัจจัยเชิงสาเหตุทุกระดับที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2562;13:145-57.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร[อินเทอร์เน็ต]. ข้อมูลประชากร ปี 2562; [วันที่อ้างถึง 30 กรกฎาคม]. ที่มา<http://www.ppho.go.th/mis-new/>
11. สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4:191-204.



12. สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒมาญ และนันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing Science*. 2554;29:18-26.
13. เอกภพ จันทร์สุคนธ์, วิภาดา ศรีเจริญ และกิ่งแก้ว สำรวยรีน. ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสาร วิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 2560;11:229-39.
14. Babbie E. Survey research methods. 2nd ed. Belmont, California: Wadsworth; 1998.  
Bandura A. Social cognitive theory. In: W Donsbach, editors. *International encyclopedia of communication*. Vol 10. 1st ed. Oxford, UK: Blackwell; 2008. p. 4654-4659.
15. Hair J.F. et al. *Multivariate Data Analysis*. 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1998.  
Help Age International [Internet]. London: Global AgeWatch Index 2015; [Retrieved 10 January 2017]; from: <http://www.helpage.org>.
16. House J. S. The nature of social support. In: M A Reading *Work stress and social support*. 1th ed. Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
17. Jingxuan Z. et al. Effect of timeliness motivation theory-based continuing care on the self-care ability and healthy behavior in elderly patients with type 2 diabetes. *Modern Clinical Nursing*. 2017; 16(5): 47-50.
18. Kleinman A. *Patients and Healers In the Context of Culture*. Berkeley: University Of California Press; 1980.
19. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A & Rajati F. Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics. A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2018; 7: 1-6.
20. Orem D E. *Nursing: concept of practices*. 6th ed. St Louis MO: Mosby; 2001.
21. Rogers R W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. 1983; 91(1): 93-114.
22. Snijder T A B and R J Bosker. *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel*. London: Sage Publication; 1999.

## การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร

### The Affect Factors of Primary Care Network Development and Assurance in Phichit Province.

มยุรี เข้มทอง ปพส.(พยาบาลศาสตร์)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ด้านการมีส่วนร่วม การนำขององค์กร การได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุมสัมมนา การได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง (AI) จากทีมสนับสนุนพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ/จังหวัด และการได้รับแรงจูงใจ และศึกษาปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพเครือข่าย บริการปฐมภูมิ ในจังหวัดพิจิตร

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 445 คน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเป็นข้อมูลที่ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นที่ระดับ.96 และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.30 อายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 38.4 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 84.7 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 27.90 สถานที่ทำงานที่รพส./คลินิกหมอครอบครัว ร้อยละอายุราชการมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 49.8 ระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี -15 ปี ร้อยละ 39.30 ส่วนมากเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐาน PCA ร้อยละ 59.4 และเคยได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง ร้อยละ 69.20

ปัจจัยที่มีผล ต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิมากที่สุด คือปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม (Beta=.228, Sig=0.000) รองลงมาคือปัจจัยด้านการได้รับการเสริมพลัง และแรงจูงใจ(Beta=0.198, Sig=0.004) ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ(Beta=.165, Sig=0.009)และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม(Beta.157, Sig=0.005) ตามลำดับสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 66.60

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ, ภาวะผู้นำ, การมีส่วนร่วม, การได้รับการเสริมพลัง และแรงจูงใจในการทำงาน การศึกษาและการฝึกอบรม

#### บทนำ

ใน พ.ศ. 2550 – 2553 สถาบันวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการพัฒนาระบบประกันคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดน่าน เพื่อทดลองพัฒนากระบวนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

โดยเพิ่มเติมและทดสอบใช้เครื่องมือในพื้นที่ไปพร้อมกัน โดยในเดือนพฤศจิกายน 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้มีการนำเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award; PCA) (กันยา บุญธรรม, สุนทรี อภิภูยานนท์, ศรีสมร น้อยปรี, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, และ สมสินี เกษมศิลป์, 2552) ไปใช้ในพื้นที่โดยการ

ประยุกต์แนวคิด Malcolm Baldrige National Quality Award เป็นกรอบในการพัฒนาจัดทำเกณฑ์ (สำนักงานรางวัล คุณภาพแห่งชาติ, 2556) ซึ่งมีองค์ประกอบ 7 หมวดสำคัญ คือ หมวดที่ 1 การนำองค์กร หมวดที่ 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ หมวดที่ 3 การให้ความสำคัญกับประชากร เป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 4 การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวดที่ 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวดที่ 6 ด้านระบบบริการ และ หมวดที่ 7 ผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาหลักการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ รวมถึง ตั้งแต่ ปี 2555 เป็นต้นมา ได้เริ่มกระบวนการและขั้นตอนการให้รางวัล (Award) แก่เครือข่ายบริการที่มีการพัฒนาระบบบริการได้ก้าวหน้า มีระบบการทบทวนคุณภาพที่ดี มีผลสำเร็จของงาน รวมทั้งผ่านการประเมินภายในของกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือ กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่าง มีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการกระตุ้นให้หน่วยบริการเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้รับบริการและการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยให้พี่เลี้ยงระดับจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่ายทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะของการเยี่ยมเสริมพลัง (Appreciative Inquiry: AI )

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา 3 ระยะและได้มีการถอดบทเรียน ในพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคอีสานพบว่า ในประเด็นการเรียนรู้ยังไม่มี

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ชัดเจนการทำงานในชุมชน มีปัญหาคนในพื้นที่กลัวเรื่องการจัดทำเอกสารขาดความ เชื่อมโยง อย่างเป็นระบบ ขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามตัวชี้วัด มีปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับนโยบายเร่งด่วนจำกัดด้วยเวลา และบางส่วนไม่เข้าใจกระบวนการลงพื้นที่ ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, กฤษณา คำมูล, วราภรณ์ จิระพงษา, ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ, 2555) บ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งมีตัวชี้วัดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ มีคุณภาพได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ซึ่งจังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้ดำเนินงานตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดขึ้น โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิในแต่ละอำเภอของจังหวัดพิจิตรได้ดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา โดยมีกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการประเมินแบบเยี่ยมเสริมพลังเป็นกลไกการพัฒนา และใน พ.ศ. 2558 - 2559 ได้มีการประเมินนำร่อง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดและเครือข่ายบริการปฐมภูมิของอำเภอสางงาม, อำเภอวชิรบารมี ,อำเภอโพธิ์ประทับช้าง,อำเภอโพทะเล และอำเภอบึงนาราง ผลการประเมินพบว่าผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ขั้นที่ 3 ซึ่งจังหวัดพิจิตร มีแผนในการพัฒนาและประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อขอรับการประเมินรับรองคุณภาพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จาก สรพ. หรือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน )ตามความพร้อมของแต่ละเครือข่าย ทั้งนี้ ทุกเครือข่ายได้รับการพัฒนา



ตามกระบวนการของจังหวัด โดยที่การประเมินดังกล่าว มีรูปแบบการประเมินในเชิงกระบวนการ

ดังนั้น ปัจจัยนำเข้าโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนางานเป็นอย่างยิ่ง เป้าหมาย การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมินั้น นอกจากมุ่งเน้น คุณภาพผลลัพธ์บริการแล้วยังส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่ง การเรียนรู้ ที่จะเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่การพัฒนาคุณภาพ บุคลากร ในเชิงปฏิบัติของหน่วยบริการในฐานะเป็นปัจจัย นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในรอบถัดไป ซึ่งจังหวัดพิจิตร ได้ดำเนินการพัฒนาหน่วยบริการด้วยเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องในระยะหนึ่ง ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ในเชิงการพัฒนา บุคลากรจากกระบวนการพัฒนาองค์กรดังกล่าวในด้าน ความรู้ และ เจตคติที่นำไปสู่การปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของบุคลากรในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ทุกตำแหน่งและให้สามารถสอดคล้องเชื่อมโยง กับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เนื่องจากเป็นผู้ขับเคลื่อน การดำเนินงานคุณภาพระดับอำเภอ โดยที่ความรู้และ เจตคตินั้นเป็นการพัฒนาจากภายในของบุคคลให้สามารถ เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติงานและสะท้อนผลการพัฒนาที่ผ่านมาได้ การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) โดยผลการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับสู่วงจร การพัฒนาหน่วยบริการและบุคลากรระดับปฏิบัติงานได้ ครอบคลุมในทุกด้านอย่างเป็นรูปธรรม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่าย

ปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล แม่ข่าย(คปสอ.)จังหวัดพิจิตร

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ปัญหาในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิของ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) จังหวัดพิจิตร

### ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการ พัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตปัจจัยที่จะนำมาใช้ในการวิจัย ฉบับนี้ โดยได้เลือกนำปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะ ผู้นำ การศึกษาและฝึกอบรม การได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง (AI)และแรงจูงใจในการทำงาน มาใช้เป็นกรอบแนวความคิด ในการศึกษา ประชากรที่ใช้ใน การศึกษางานวิจัยนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในเขตจังหวัดพิจิตร จำนวน 109 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอจำนวน12แห่ง และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) จำนวน 12 แห่ง เป็นกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินการ สำรวจในวันที่ 27 เมษายน 2563 - 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อมา กำหนดกรอบแนวคิด ได้แก่ แนวคิดคุณภาพ แนวคิดการ จัดการคุณภาพโดยรวม แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) เป็นการเปลี่ยนแปลงการ จัดระบบบริการปฐมภูมิ เริ่มตั้งแต่การกำหนดให้มีศูนย์

สุขภาพชุมชน ให้เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก และได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่ดีมีคุณภาพ มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาและประเมินรับรองมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้แต่งตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้แทนจากส่วนภูมิภาค พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานขึ้น เพื่อให้มีความเหมาะสม ทันสมัย เน้นการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่าย โดยได้นำกรอบคุณภาพของ Malcolm Baldrige National Quality Award มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการพัฒนา เพื่อให้เกิดการจัดการเป็น ระบบทั้งองค์กร และจัดทำเป็นเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมภาวะผู้นำ การศึกษาและการฝึกอบรม การได้รับการเสริมพลังและแรงจูงใจในการทำงาน ทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดเป็น ทฤษฎีความต้องการ : ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of needs) ทฤษฎีความต้องการ : ทฤษฎีการจูงใจ ERG ของ Alderfer (Alderfer ERG theory) ทฤษฎี 2 ปัจจัยหรือปัจจัยอนามัยในการจูงใจของ Herzberg's two-factor theory และทฤษฎีกระบวนการของการจูงใจ (Process theories of motivation) ประกอบด้วย ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity theories) ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theories)

และทฤษฎีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting theories) ซึ่งจะช่วยให้คำแนะนำและ หยั่งลึกถึงวิธีการที่บุคลากรมีทางเลือกที่จะทำงานหนักหรือไม่ โดยถือเกณฑ์ความพอใจส่วนตัว การให้รางวัลและผลลัพธ์จากการทำงาน

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ของศรีนวล สิริคะรินทร์ พบว่า ปัจจัยด้านการจูงใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านบุคลากรด้านความผูกพันและการยอมรับ และด้านการทำงานเป็นทีมสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมายอย่างครบถ้วนและทันเวลาที่กำหนดได้ร้อยละ 82.50 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ คือ ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของบุคลากร นโยบายการดำเนินงานไม่ชัดเจน ผู้บริหารมีส่วนร่วมในกิจกรรมและขั้นตอนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง บุคลากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและเป้าหมายของการพัฒนาบุคลากรยังไม่เห็นความสำคัญ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพได้ตาม ตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ			
	การมีส่วนร่วม	ภาวะผู้นำ	การศึกษาและการฝึกอบรม	การได้รับการเสริมพลังและแรงจูงใจการทำงาน
ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาศิริ ของธนพร มาสมบุญ	✓			
การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล : กรณีศึกษาสถาบันบาราศนราดรุ ของธีรวิทย์ ตั้งจิตไพศาล	✓	✓	✓	
การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ของราตรี นิมฉลอง	✓	✓		✓
การปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย ของศรีวิฒนบรรณ และวนาวานิชกุล	✓	✓		✓
การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ของวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย	✓	✓	✓	
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารการพยาบาลกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลที่กำลัง ดำเนินการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของรวิวรรณ อัครมาศัย	✓			

**กรอบแนวคิดของงานวิจัย**

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมกำหนดเป็น

กรอบแนวคิดของงานวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิในจังหวัดพิจิตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

**ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)**

- ปัจจัยการพัฒนาและบทบาทของบุคลากร**
- 1.การมีส่วนร่วม
  - 2.ภาวะการนำขององค์กร
  - 3.การได้รับโอกาสเข้าร่วมประชุมสัมมนา
  - 4.การได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง (AI) จากทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ/

**ตัวแปรตาม (Dependent Variable)**

- ผลการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ**
1. **ต่อบุคลากร**
    - 1.1 การได้รับการบาดเจ็บจากของมีคมและเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายลดลง
    - 1.2 การสื่อสารกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น
    - 1.3 มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามจำนวนปี
  2. **ต่อหน่วยงาน**
    - 2.1 มีอุปกรณ์เพียงพอเมื่อเกิดอัคคีภัย มีทางหนีไฟ ห้องทำงานมีแสงสว่างเพียงพอ
    - 2.2 มีการประเมินCompetencyอย่างต่อเนื่อง

## วิธีการดำเนินการ

กลุ่มประชากรเป้าหมายประชากรที่อยู่ในขอบเขตการศึกษาครั้งนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) โดยดูจากรายชื่อเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดพิจิตรทั้งหมดแล้ว คำนวณตามสัดส่วน จากนั้นเรียงลำดับแต่ละวิชาชีพ ตามอายุการทำงาน ตามตำแหน่ง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. คำนวณหาค่าช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling interval) แล้วเลือกตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ในแต่ละงาน รวมตัวอย่างทั้งหมด 445 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

**ส่วนที่ 1** เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพิจิตร และลักษณะของหน่วยงานที่สังกัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และอายุงานที่ รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PUC) หรือคลินิกหมอครอบครัว / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ

**ส่วนที่ 2** เป็นคำถามเกี่ยวกับ ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร ได้แก่ การมีส่วนร่วม ภาวะผู้นำ การศึกษาและฝึกอบรม การได้รับการเสริมพลังและแรงจูงใจในการทำงาน เป็นคำถามลักษณะปลายเปิด แบ่งตามปัจจัยที่ต้องการศึกษา

**ส่วนที่ 3** เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นคำถามปลายเปิด

**ส่วนที่ 4** เป็นข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพ เป็นคำถามปลายเปิด

**เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย เกณฑ์การให้คะแนนระดับความเห็น**

เห็นด้วย มากที่สุด	= 5 คะแนน
มาก	= 4 คะแนน
ปานกลาง	= 3 คะแนน
น้อย	= 2 คะแนน
น้อยที่สุด	= 1 คะแนน
ไม่สามารถประเมินได้	= 0 คะแนน

**เกณฑ์การแปลความหมาย**

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง น้อยที่สุด

**การหาคุณภาพแบบสอบถาม**

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการค้นคว้าจากทฤษฎีการจัดการคุณภาพโดยรวม คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) และรพ.สต. ตีตารางและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาคุณภาพพิจารณาตรวจสอบแก้ไข แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีเนื้อหา และข้อความต่างๆ ตรงกับกรอบแนวคิดในการศึกษาที่ต้องการจะวัด

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's Alpha) โดยได้เท่ากับ 0.96

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

**กลุ่มประชากรเป้าหมาย** ประชากรที่อยู่ในขอบเขตการศึกษาครั้งนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดพิจิตร รวม 12 อำเภอ

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หรือ คลินิกหมอครอบครัว ที่สนับสนุนเครือข่ายบริการจากCUP และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตจังหวัดพิจิตร ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ในเขตจังหวัดพิจิตรทั้ง 12 อำเภอ

**การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic sampling) โดยดูจากรายชื่อเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในจังหวัดพิจิตรทั้งหมดแล้วคำนวณตามสัดส่วน จากนั้นเรียงลำดับแต่ละวิชาชีพ ตามอายุการทำงาน ตาม ตำแหน่ง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชสาธารณสุข แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ลูกจ้างหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 265 คน คำนวณจำนวนตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมด 787 คน โดยใช้หลักการคำนวณของ Taro Yamane ดังสูตรต่อไปนี้

คำนวณตัวอย่างจากจำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) ทั้งหมด 787 คน โดยใช้

หลักการคำนวณของ Taro Yamane ได้จำนวนตัวอย่าง 265 คน แต่ในทางปฏิบัติจะเก็บตัวอย่าง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ประมาณ 50% รวมเป็นทั้งหมด 445 คน ประกอบด้วย

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

โดย n = จำนวนของตัวอย่าง  
N = จำนวนรวมทั้งหมดของบุคลากรที่ใช้ในการศึกษา e = ค่าผิดพลาดที่ยอมรับได้ (ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ = 0.05) แทนค่าจะได้

$$n = \frac{787}{1 + 787(0.05)^2}$$



เครือข่าย บริการ	จำนวนประชากร			รวม	กลุ่มตัวอย่าง			รวม
	แพทย์	พยาบาล	นักวิชาการ และสหวิชาชีพ		แพทย์	พยาบาล	นักวิชาการ และสหวิชาชีพ	
1.เมือง	8	35	79	122	2	24	50	76
2.สาทเหล็ก	1	14	35	50	0	6	19	25
3.วังทรายพูน	2	18	42	62	1	11	18	30
4.ทับคล้อ	2	21	51	74	1	13	26	40
5.ตะพานหิน	3	22	62	87	1	12	28	41
6.บางมูลนาก	3	26	52	81	1	14	31	46
7.ดงเจริญ	1	9	22	32	0	5	18	23
8.โพทะเล	3	30	50	83	1	17	30	48
9.บึงนาราง	1	8	31	40	0	5	20	25
10.โพธิ์ประทับช้าง	1	17	47	65	0	9	25	34
11.สามง่าม	1	16	37	54	1	12	25	38
12.วชิรบำรุง	1	11	25	37	1	8	10	19
<b>รวม</b>	<b>27</b>	<b>227</b>	<b>533</b>	<b>787</b>	<b>9</b>	<b>136</b>	<b>300</b>	<b>445</b>

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองโดยนัดประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจกแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย (คปสอ.) และรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2563 ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องแบบสอบถาม ลงรหัส บันทึกข้อมูลเข้าระบบคอมพิวเตอร์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรหมายเลขรับรอง11/2563 วันที่22 เมษายน 2563 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัย จะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอม การรวบรวมข้อมูล และการเสนอข้อมูล จะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) คือการให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)

## สถิติและเครื่องมือในการวิจัย

เมื่อลงรหัสและบันทึกครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสในแบบสอบถามเปลี่ยนข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาเป็นตัวเลขทำการประมวลข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วย สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลสถานภาพทั่วไปของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลแม่ข่าย(คปสอ.) จำนวน 445 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.30 อายุมากกว่า 45 ปีร้อยละ 38.4 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 84.7 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 27.90 อายุราชการมากกว่า 20 ปีร้อยละ 49.80 ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละ 97.50 ระยะเวลาปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปี-15 ปีร้อยละ 39.30 ส่วนมากเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐาน PCA ร้อยละ 59.40 และเคยได้รับการเยี่ยมเสริมพลังร้อยละ 69.20

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

2.1 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.616, S.D.=0.656) ยกเว้นในรายละเอียดเรื่อง (3) ขั้นตอนในการทำงานมีความยุ่งยากซับซ้อนลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.14, S.D.=0.759) (6) บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.34, S.D. = 0.84) (7) บุคลากรมีส่วนร่วมแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรม

พัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.37, S.D. = 0.808) และ (8) บุคลากรมีส่วนร่วมประเมินผลงานตาม ตัวชี้วัดที่กำหนดตามพันธกิจของหน่วยงานอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.4, S.D. = 0.788)

2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะผู้นำ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านภาวะผู้นำโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ( $\bar{X}$  = 6.36, S.D. = 0.770) ยกเว้นในรายละเอียดเรื่อง (21) ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.36, S.D. = 0.928)

2.3 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้าน การศึกษาและการฝึกอบรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.32, S.D. = 0.81) ยกเว้นในรายละเอียดเรื่อง(22)มีการสนับสนุนบุคลากรให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.50, S.D. = 0.837)

2.4 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการได้รับแรงจูงใจในการทำงาน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการได้รับแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.40, S.D. = 0.74) ยกเว้น ในรายละเอียดเรื่อง (28) องค์กรให้ความสำคัญต่อบุคลากรที่ทำงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการ พัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.54, S.D. = 0.784)

2.5 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 4 ด้านในภาพรวม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ในด้านการมีส่วนร่วม และด้านภาวะผู้นำ และอยู่ในระดับปานกลางในด้านด้านการศึกษาและการฝึกอบรม และด้านการได้รับแรงจูงใจในการทำงานรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทั้ง 4 ด้านในภาพรวม

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วม	3.616	.656	มาก
ด้านภวะนำ	6.36	.770	มาก
ด้านการศึกษาและการฝึกอบรม	3.32	.81	ปานกลาง
ด้านการได้รับแรงจูงใจในการทำงาน	3.40	.74	ปานกลาง

2.6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาคุณภาพ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพ รพ.สต./คลินิกหมอครอบครัว	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
31. บุคลากรได้รับบาดเจ็บจากของมีคม (เข็มตำ มีดบาด) ลดลง	3.32	1.345	มาก
32. บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยลดลง	3.62	1.017	มาก
33. บุคลากรเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยลดลง	3.53	1.087	มาก
34. บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.79	.726	มาก
35. หน่วยงานของท่านมีอุปกรณ์เพียงพอเมื่อเกิดอัคคีภัย	3.43	.902	ปานกลาง
36. หน่วยงานของท่านมีทางหนีไฟที่มีความปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัย	3.70	.856	มาก
37. หน่วยงานของท่านมีแสงสว่างเพียงพอในการทำงาน	3.87	.747	มาก
38. หน่วยงานของท่านมีการประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน (Competency) อย่างต่อเนื่อง	3.60	.745	มาก
39. บุคลากรในหน่วยงานของท่านมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานตามจำนวนปีที่ทำงาน	3.72	.781	มาก
<b>ผลโดยรวม</b>	<b>3.61</b>	<b>1.99</b>	<b>มาก</b>

รพ.สต./คลินิกหมอครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.61, S.D. = 1.99) โดยพบว่าหน่วยงานมีแสงสว่างเพียงพอในการทำงาน ( $\bar{X}$  = 3.87, S.D. = 0.747) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานตามจำนวนปีที่ทำงาน ( $\bar{X}$  = 3.72, S.D. = 0.781) ยกเว้นรายละเอียดเรื่อง (35) หน่วยงานของท่านมีอุปกรณ์เพียงพอเมื่อเกิดอัคคีภัยอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.43, S.D. = 0.902) ดังตารางที่ 3



3. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาบทบาทของบุคลากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิการทดสอบสมมติฐานนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ได้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิมากที่สุด คือปัจจัยด้านการศึกษาดังตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

Model	Unstandardize	standardized			
	Coefficients	Coefficients	Beta	t	Sig
	B	Std. Error			
1 (Constant)	11.829	1.225		9.659	.000
ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ (X1)	.115	.044	.165	2.633	.009
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม (X2)	.143	.051	.157	2.819	.005
ปัจจัยด้านการได้รับพลังและแรงจูงใจ (X3)	.318	.108	.198	2.936	.004
ปัจจัยด้านการศึกษาและการฝึกอบรม (X4)	.418	.118	.228	3.537	.000

$R^2 = 0.666$ ,  $Adj.R^2 = 0.438$ ,  $F = 87.45$ ,  $p = .000$

4.วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข ปัญหาในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุด คือขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้ในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน/พาทำการพัฒนาคุณภาพ

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 3 อันดับ

ปัจจัยที่เป็นปัญหา/อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
1.ขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้ในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน/พาทำการพัฒนาคุณภาพในหน่วยบริการ	129	33.25
2.ต้องใช้เวลาในการบันทึกและจัดทำรายงานข้อมูลเพื่อแลกกับรายรับของหน่วยบริการทำให้มีเวลาในการจัดกิจกรรมคุณภาพในหน่วยบริการน้อยลง	119	30.67
3.ขาดขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจ (ค่าตอบแทนไม่ตามเวลาที่กำหนด, ไม่เหมาะสม, ตัดค่าล่วงเวลา, ตัดสวัสดิการ)	78	20.10
4.ขาดความร่วมมือของบุคลากร	22	5.67
5.ขาดแคลนอุปกรณ์ในการให้บริการ	21	5.42
6.CUP มิได้มีแผนสนับสนุนงบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ	19	4.89
รวม	388	100

และการฝึกอบรม(Beta=.228, Sig=0.000) รองลงมาคือปัจจัยด้านการได้รับแรงจูงใจ(Beta=0.198, Sig=0.004) ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ(Beta=.165, Sig=0.009)และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม(Beta.157, Sig=0.005) ตามลำดับสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้ร้อยละ 66.60 โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.675 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง รายละเอียดดังตารางที่ 4

ในหน่วยบริการ รองลงมา คือต้องใช้เวลาในการบันทึกและจัดทำรายงานข้อมูลเพื่อแลกกับรายรับของหน่วยบริการทำให้มีเวลาในการจัดกิจกรรมคุณภาพในหน่วยบริการน้อยลง และขาดขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจ (ค่าตอบแทนไม่ตามเวลาที่กำหนด, ไม่เหมาะสม, ตัดค่าล่วงเวลา, ตัดสวัสดิการ) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นถึงข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาคุณภาพโดยเสนอแนะให้ CUPพัฒนาให้มี Fa.ประจำหน่วยบริการและสสอ.มากที่สุด รองลงมา คือ CUPควรตั้งงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ

เช่น การฟื้นฟูวิชาการ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มหกรรมคุณภาพ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังภายใน CUP ไม่ต้องรอคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขตและเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากร เช่น การให้รางวัลหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานตามลำดับตามรายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไขในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 3 อันดับ

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ไข	จำนวน	ร้อยละ
1. CUPควรพัฒนาให้มี Fa. ประจำหน่วยบริการ และ สสอ.	69	60.53
2. CUPควรตั้งงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ เช่น ประชุมฟื้นฟูวิชาการ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มหกรรมคุณภาพ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังภายใน CUP ไม่ต้องรอคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต	27	23.69
3.เพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากร เช่น การให้รางวัลหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	18	15.78
<b>รวม</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

## วิจารณ์

ผลของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงานดีขึ้น มีการประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน (Competency) อย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามลำดับ สอดคล้องกับ อนุวัฒน์ ศุภขุติกุล (2554 ) กล่าวว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล คือกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร อย่างมีระบบทำให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ประโยชน์ สำหรับโรงพยาบาล ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย (2553: บทคัดย่อ) พบว่า การประเมินการพัฒนาคุณภาพ บริการทั้ง 6 ด้าน ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการ

ปฐมภูมิ โดยสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่ผล ต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิสูงสุดและรองลงมาตามลำดับคือ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการได้รับการเสริมพลังและแรงจูงใจในการทำงาน และ ปัจจัยด้าน การศึกษาและการฝึกอบรม โดยทุกปัจจัยมีอิทธิพลทางบวก จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณผลลัพธ์ ที่ได้คือ สามารถพยากรณ์ผลต่อการพัฒนา

คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ด้านภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และสามารถอธิบายความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้ โดยด้านภาวะผู้นำ ประกอบด้วย ผู้บริหารสนับสนุนการทำงานเป็นทีม ผู้บริหารเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน มีการจัดให้มีการประชุมและรายงานผลความก้าวหน้าของการ พัฒนาคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการสนับสนุนให้มีการประชุม

ร่วมกันเพื่อปรับปรุงแก้ไขการทำงาน อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับกฤษฎีกา ศศิกฎมินทร์ฤทธิ์(บทคัดย่อ : 2553) ได้ศึกษา ความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการทำงานแบบเครือข่าย เพื่อศึกษาความพร้อมในการทำงานแบบเครือข่ายรวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่ทำให้เกิดความพร้อมในการทำงานแบบเครือข่าย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 มีความพร้อมในการทำงานแบบเครือข่าย โดยมีระดับความพร้อมที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเกื้อหนุนให้เกิดความพร้อมในการทำงานแบบเครือข่าย คือลักษณะชุมชน ลักษณะทางกายภาพ ขนาดและงบประมาณ ลักษณะการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน ลักษณะการทำงานของผู้บริหาร และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้หน่วยงานตั้งแต่ระดับกระทรวงลงมาถึงระดับท้องถิ่น ควรจัดให้หน่วยงานมีนโยบายที่เป็นส่วนร่วมของหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีแพทย์หมุนเวียนมาให้บริการ การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้จากกระบวนการบริหารจัดการความรู้ ส่วนข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ สถานบริการระดับปฐมภูมิควรส่งเสริมให้มีเจ้าหน้าที่จิตอาสาช่วยงาน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการประสานงาน การคำนึงถึงเครือข่าย การวางแผนทิศทางที่มุ่งเป็นผลงานและระบบการบริหารต้นทุน รวมทั้งหน่วยงานต้นสังกัดของสถานบริการระดับปฐมภูมิควรปรับโครงสร้างขององค์กรและสายบังคับบัญชาให้มีลำดับชั้นน้อยลง และมีความยืดหยุ่นในการทำงานมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้นำทุกระดับควรส่งเสริมสนับสนุน กำกับติดตามงานพัฒนาคุณภาพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับคนในหน่วยงาน/องค์กร
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการร่วมวางแผน พัฒนาปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

3. ส่งเสริมการมอบอำนาจหน้าที่ในการทำงานต่างๆ ให้แก่บุคลากร เช่น งานที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานตามวิชาชีพ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเมื่อได้มาทำงานที่ท้าทายหรือเมื่อ ทำงานบรรลุเป้าหมาย

4. สนับสนุนการศึกษาและการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งการอบรม การจัดกิจกรรมภายในเครือข่ายบริการและการจัดอบรมภายนอกเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาโดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยหรือ ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อทราบ ถึงข้อมูลในมุมต่างๆ
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยใช้ ตัวแปรอื่นๆเช่น วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ยั่งยืน

### บรรณานุกรม

1. กันยา บุญธรรม, สุนทรี อภิญญานนท์, ศรีสมรน้อยปรี, เกวลิณ ชื่นเจริญสุข, สมสินี เกษมศิลป์, บรรณาธิการ. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552
2. กฤษฎีกา ศศิกฎมินทร์ฤทธิ์. การศึกษาความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในการทำงานแบบเครือข่าย. กรุงเทพมหานคร : 2553
3. กฤตพงษ์ โรจนวิภาต. ความรู้และทัศนคติต่อเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลำปาง : ลำปางเวชสาร ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 ; 2556
4. จุฑาสินี สัมมานันท์ (บทคัดย่อ:2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี.นนทบุรี :2560
5. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. 2556 [cited 2013 Sep 30]. Available

from: <http://phmahidol-bhusita.blogspot.com/2010/02/blog-post.html>

6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, กฤษณา คำมูล, วราภรณ์ จิระพงษ์, ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ, บรรณาธิการ.   
 ศึกษารูปแบบการก้าวอย่างสู่แก่นแท้คุณภาพในระบบ PCA.   
 ปทุมธานี : นโม พรินดีแอนด์พลับพลึง; 2555.
7. อังคณา ภิโสภณย์ ความรู้เจตคติ และการดำเนินงาน   
 พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริม   
 สุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร.วารสารความปลอดภัย   
 และสุขภาพ ฉบับที่ 36 ปีที่ 10 ; 2560.
8. ทิพย์วรรณ จูมแพง และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ   
 ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ   
 ภาครัฐ ตามการรับรู้ของบุคลากรในหน่วยงานระดับ   
 เขต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุข   
 มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ;2555 .

## การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

### The development of Quality Life of Elderly with participatory mechanism Quality Life Sung Men District, Phrae Province

กิริระติ เวียงนาค วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน)  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

#### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ประชากร คือ 1. คณะกรรมการที่ปรึกษา พชอ. จำนวน 15 คน 2. คณะกรรมการ พชอ. จำนวน 21 คน 3. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 50 คน 4. คณะทำงานผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 146 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และมีระยะเวลาของประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 1-5 ปี สำหรับระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้ 1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. ด้านการปฏิบัติการโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3. ด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และ 4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อเสนอแนะควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อมๆกัน มีโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล โดยคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในทุกด้าน มีการบริหารจัดการ ที่ดีในเรื่องระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุ มีระบบบริการเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจะได้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางที่ถูกต้อง

**คำสำคัญ :** ระดับการมีส่วนร่วม , คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ , การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

#### บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบัน กำลังเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความหลากหลายทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งการดำเนินงานให้บริการด้านสาธารณสุขถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และการทำงานในช่วงเวลาที่ผ่านมาจากอดีต พบว่าส่วนใหญ่แล้วหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนงานกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พบว่าผลลัพธ์ของการดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เท่าที่ควร หรือปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่จะสามารถเชื่อมระหว่างชุมชน และการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง โดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศ ตามแผนพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ( พ.ศ.2560-พ.ศ.2564 ) ฉะนั้น การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้การขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพภาคประชาชนของอำเภอ มีความเข้มแข็งต่อเนื่องและบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้างคณะกรรมการ พชอ. โดยเน้น การให้บริการโดยระบบสุขภาพแบบองค์รวม อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการ พชอ. อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตการดำเนินงานในการพัฒนางานและความต่อเนื่องของการดำเนินงานสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนให้มีความมั่นคงและยั่งยืน ส่งเสริมคุณค่าและสร้างความเป็นธรรมในสังคมให้ความสำคัญกับระบบบริการที่ประชาชนเข้าถึงง่าย ในลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ การสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน เพื่อสร้างพลเมืองให้มีทักษะ มีปัญญา มีสุขภาพ และมีความภูมิใจในวัฒนธรรมบนพื้นฐานการมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นั่นเอง

คณะกรรมการ พชอ. อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ได้ทำการออกสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ซึ่งสามารถแบ่งผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีจำนวน 15,739 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีจำนวน 258 คน กลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีจำนวน 103 คน (ข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)<sup>(1)</sup> กระทรวงสาธารณสุข 11 ก.ย. 2562) ซึ่งพบปัญหาคณะกรรมการ พชอ. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 21 คน นั้นมีจำนวนคณะกรรมการอาจจะไม่ครอบคลุมทุกภาคส่วนที่จำเป็น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่โดยมีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของรัฐ ประชาสังคม และเอกชน ตามแนวทางประชารัฐ มีการบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วน สนับสนุนและส่งเสริมระบบบริหารจัดการภายใต้โครงสร้าง คณะกรรมการ พชอ. โดยเน้นการให้บริการโดยระบบสุขภาพแบบองค์รวม ผู้วิจัยจึงมองเห็นโอกาสในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยผลของการศึกษาที่ได้จะ

เป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสมและผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำนโยบายและแผนพัฒนางานด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ โดยใช้รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่โดยทั่วไปของจังหวัด เกษมสุข (2557)<sup>(2)</sup>

### 4 ด้าน ประกอบด้วย

- 1.1 ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ
- 1.2 ด้านการปฏิบัติการ
- 1.3. ด้านผลประโยชน์
- 1.4 ด้านการตรวจสอบและประเมินผล

### 2. ขอบเขตด้านพื้นที่

เขตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

3. ขอบเขตด้าน ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการ พชอ. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะทำงานผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 146 คน (ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ณ สิงหาคม พ.ศ. 2562)

4.ระยะเวลาดำเนินการ เดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2562

### วิธีการดำเนินการ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามซึ่งได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและทดสอบความ



เชื่อมั่นเรียบร้อยแล้ว ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษาด้านต่าง ๆ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามแบบตรวจสอบรายการ Check list)

**ตอนที่ 2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ
2. ด้านการปฏิบัติการ
3. ด้านผลประโยชน์
4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล

โดยแบ่งระดับการมีส่วนร่วมเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของ ลิเคิร์ต

(พิสนุ พองศรี, 2557 : 62)<sup>(3)</sup>

- 5 หมายถึง มากที่สุด
- 4 หมายถึง มาก
- 3 หมายถึง ปานกลาง
- 2 หมายถึง น้อย
- 1 หมายถึง น้อยที่สุด

นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าเฉลี่ยแล้วกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของเบสท์ (Best,1990 : 205)<sup>(4)</sup> ดังนี้

- ระดับคะแนน 1.00–1.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

- ระดับคะแนน 1.51–2.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

- ระดับคะแนน 2.51–3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

- ระดับคะแนน 3.51–4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

- ระดับคะแนน 4.51–5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเมื่อได้รับข้อมูลกลับมา จะนำมาลงรหัสข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัย

## ผลการดำเนินงาน

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 52.70 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 70.50 รองลงมา คือ อายุ 41-50 ปี จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 อายุ 31-40 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50 และอายุ 20-30 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.80 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 รองลงมา คือ ระดับการศึกษาปริญญาโท จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 19.90 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ระดับการศึกษา อื่นๆ (อนุปริญญา) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 และระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การทำงาน ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 32.90 รองลงมา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 17.80 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10 ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ จำนวน 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.90

และสถาบันการศึกษาที่สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.80 ตามลำดับ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระยะเวลาของประสบการณ์การทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 1-5 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.40 รองลงมา คือ ระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.60 ระยะเวลา มากกว่า 15 ปีขึ้นไป จำนวน 24 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.40 และระยะเวลา 11-15 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 ตามลำดับ

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่**

#### ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ

โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.15$  , S.D. = 0.99) อันดับแรก คือ ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดำเนินงานในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.18$ , S.D. = 1.02) รองลงมา คือ ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.17$  , S.D. = 1.04) ท่านได้เข้าร่วมเป็นกรรมการในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.14$  , S.D. = 1.11) และท่านได้เข้าร่วมประชาคมในการวางแผนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.12$  , S.D.= 1.05) ตามลำดับ

#### ด้านการปฏิบัติการ

โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.28$  , S.D. = 1.05) อันดับแรก คือ ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดือนละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.39$  , S.D. = 1.02) รองลงมา คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ เปิดโอกาสให้ท่านเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.27$  , S.D. = 1.05) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ได้เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมดำเนินงานการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.25$  , S.D. = 1.05) และท่านได้เข้าร่วมดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.22$  , S.D. = 1.07) ตามลำดับ

#### ด้านผลประโยชน์

โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.60$  , S.D. = 0.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ อันดับแรก คือ ผลการดำเนินงานของพขอ.ตรงกับความต้องการของท่านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.64$  , S.D. = 0.87) รองลงมา คือ ผลการดำเนินงานของ พขอ. ตรงตามแผนที่กำหนดไว้ระหว่างประชาชนกับ พขอ. อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.60$  , S.D. = 0.87) ชุมชนของท่านได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.58$  , S.D. = 0.82) และผลจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ระหว่างประชาชนและ พขอ. เป็นที่น่าพอใจ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.57$  , S.D. = 0.76) ตามลำดับ

#### ด้านการตรวจสอบและประเมินผล

โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.15$  , S.D. = 1.07) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ อันดับแรก คือ พขอ. ได้เปิดโอกาสให้ท่านได้มีการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลในการวางแผน การจัดทำกิจกรรมต่างๆ ที่ พขอ. ได้จัดทำขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.16$  , S.D. = 1.17) รองลงมา คือ ท่านได้มีส่วนร่วมในการพิจารณารับฟังผลการตรวจสอบและประเมินผลการบริหารงานของ พขอ. อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.15$  , S.D. = 1.09) ท่านได้มีส่วนร่วมตรวจสอบการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของพขอ. อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.14$  , S.D. = 0.99) และ พขอ. ได้จัดให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลการทำงานของ พขอ. อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.13$  , S.D. = 1.03) ตามลำดับ

#### วิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อันดับแรก คือ ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจใน



การดำเนินงานในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการตัดสินใจในการประชุมในแต่ละครั้งจึงมีส่วนร่วมน้อย จึงควรติดตามปรับแผนทุกๆ 2-3 เดือน หรืออย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง โดยให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจร่วมกันโดยให้ความสำคัญในการเข้าร่วมประชุมหรือมีกิจกรรมทุกครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของอรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (2561)<sup>(5)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า ตำบลท่าแคเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีวัฒนธรรมที่มีคุณค่าต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากการดำเนินงานระหว่างภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันคิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมและสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมาส โกศลย์พิพัฒน์ (2560)<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้มแข็ง ได้แก่ ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลสูงอายุในชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อันดับแรก คือ ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ เพื่อให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดือนละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อได้รับมอบหมายได้เข้าไปมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมและทุกครั้ง ที่ พขอ. จัดขึ้น โดยแนะนำไปขยายผลต่อในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมาส โกศลย์พิพัฒน์ (2560)<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชนบทภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ 1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้มแข็ง ได้แก่ มีกิจกรรม ที่ให้ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เดือนละ 1 ครั้ง และมีการมอบหมายให้บุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุประสานงานกับผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้แทน

เพื่อนัดประชุม แจ้งข่าวสาร และนัดรวมกลุ่มทำกิจกรรม และสอดคล้องกับงานวิจัยของธันว บัวมี (2560)<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท มีดังนี้ ด้านความต้องการออกกำลังกายในรอบหนึ่งสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ ให้มีการจัดอุปกรณ์ และสถานที่ และบุคลากร ในการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยใช้ที่ว่างบริเวณศาลาอเนกประสงค์ของทุกหมู่บ้าน และจัดให้มีกีฬาผู้สูงอายุปีละครั้ง ด้านการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน

3. ด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก อันดับแรก คือ ผลการดำเนินงานของ พขอ.ตรงกับความต้องการของท่าน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในอนาคตอำเภอสูงเม่นจะมีประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น ดังนั้นการมีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มั่นคงและต่อเนื่องจะส่งผลที่ดี ควรบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องทุก ๆ เดือน ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานและสรุปความต้องการของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริมาส โกศลย์พิพัฒน์ (2560)<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้มแข็ง ได้แก่ ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการให้งบประมาณในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทิมา นวมะวัฒน์ , วิภาพร สิทธิศาสตร์ , กฤษฎา เหล็กเพชร และไพศาล เขียรถาวร (2562)<sup>(8)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากได้รับการดูแลจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึง เข้าถึงการบริการสุขภาพและสวัสดิการของรัฐตามความจำเป็นได้ และมีทักษะการดูแลตัวเองให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้

4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง อันดับแรก คือ พขอ. ได้เปิดโอกาสให้ท่านได้มีการตรวจสอบ ติดตามและ ประเมินผลในการวางแผน การจัดทำกิจกรรมต่างๆ ที่ พขอ.ได้จัดทำขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็น เพราะ การมีส่วนร่วมในด้านการตรวจสอบและ ประเมินผล ควรติดตามให้สอดคล้องกับด้านการวางแผน และการตัดสินใจ เพื่อรายงานผลทุก 2-3 เดือน (ไตรมาส ละ 1 ครั้ง) ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ เพื่อติดตามประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับ งานวิจัยของศิริมาศ โกศลย์พิพัฒน์ (2560)<sup>(6)</sup> ได้ศึกษา เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยการมีส่วนร่วมของ องค์กรท้องถิ่น มีดังนี้ มีการประสานความร่วมมือกับ องค์กรต่างๆ เพื่อมาให้ความรู้และทำกิจกรรมให้กับ ผู้สูงอายุตามศักยภาพขององค์กรนั้นๆ การคัดเลือก ตัวแทนผู้สูงอายุที่มีความสามารถในด้านต่าง ๆ มาเป็น วิทยากรให้ความรู้กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน, จัดเวทีเพื่อเปิด โอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถและผลงาน ตาม เทศกาลต่างๆ ของชุมชนและของจังหวัด และสอดคล้อง กับงานวิจัยของจันทิมา นวะมะวัฒน์ , วิภาพร สิทธิศาสตร์ กฤษญา เหล็กเพชร และไพศาล เขียรถาวร (2562)<sup>(8)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการแลกเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อการเรียนรู้จาก การปฏิบัติ ดังนั้น การใช้ข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อการตัดสินใจพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้ ข้อมูล เชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ใน สภาพการณ์จริง จึงนำไปสู่การจัดการสุขภาพของ ประชาชน ให้เกิดสุขภาวะอันเป็นรากฐานแนวคิดของ ระบบสุขภาพอำเภอที่ว่า “การพัฒนาที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ที่เป็นจริงได้

## สรุป

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ สูงเม่น จังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ประชากร ได้แก่ 1. คณะกรรมการที่ปรึกษา พขอ. จำนวน 15 คน 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 21 คน 3. คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 50 คน 4. ภาคีเครือข่ายและคณะทำงานผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 146 คน เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษา คือ แบบสอบถามเพื่อการศึกษา เรื่อง การ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัด แพร่ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ 4 ด้าน

1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจ โดย ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2. ด้านการปฏิบัติการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง
3. ด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก
4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล โดย ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จ ต้องเริ่มด้วยการจัดทำข้อมูล เพื่อค้นหาความต้องการและความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบบริบทของชุมชนและผู้สูงอายุเพื่อจะพัฒนา กิจกรรม ให้สอดคล้องและตรงเป้าหมาย
2. รัฐบาลควรมีการถ่ายโอนงานด้านผู้สูงอายุไปสู่ ท้องถิ่น เพื่อช่วยให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เข้าถึง กลุ่มเป้าหมายได้ตรง ทั้งนี้การถ่ายโอนควรมีทั้งกำลังคน ความรู้และงบประมาณ



3. การคิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุควรอยู่บนเป้าหมายของความสุขผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ชุมชน หน่วยงาน องค์กร ในชุมชนมีความร่วมมือจากสมาชิกในชุมชน หมายถึง สมาชิกชุมชนที่มีคุณภาพและมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมเข้ามาร่วมคิดร่วมดำเนินการร่วมรับผิดชอบในทุกกระบวนการ

4. ความสำคัญในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมภาวะผู้นำของแกนนำผู้สูงอายุซึ่งมีผู้นำที่ดี ให้มีผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีวิสัยทัศน์ มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการการประสานงาน และการ กระตุ้นให้สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งของ ชุมชนในพื้นที่ให้มีกรรมการชุมชนที่มีจริยธรรม

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินรูปแบบการดำเนินงาน ระบบสุขภาพอำเภอของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่[อินเทอร์เน็ต]. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) จังหวัดแพร่; [วันที่อ้างอิงถึง 15 กันยายน 2562].  
ที่มา:  
[https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48](https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48)
2. จินตวิริ์ เกษมสุข. หลักการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
3. พิสนุ พงศ์ศรี. วิจัยทางการศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธากา: 2557.
4. Best, J. W. (1990). **Research in Education.** (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
5. อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา

6. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2561;10:106-15.
6. ศิริมาส โกศลย์พิพัฒน์. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2560.
7. ธันวาท บัวมี. (2560). แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองน้อย อำเภอเวียงเชียง จังหวัดชัยนาท. รายงานสืบเนื่องการประชุมสัมมนาวิชาการ (Proceedings) การนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 17 สาขาวิชาการจัดการภาครัฐแนวใหม่ คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
8. จันทิมา นวมะวัฒน์ , วิภาพร สิทธิศาสตร์ , กฤษฎา เหล็กเพชร และไพศาล เขียวถาวร. (2562). การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

## การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน

## กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

## Factors related to the participation of network partners at local health

## fund operations in Dongcharoen district ; Phichit province

อุทิศ วันเต ปร.ม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องสำหรับตอบแบบสอบถาม จำนวน 250 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความยากง่ายและค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 ความรู้ ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.65 ทัศนคติและการมีส่วนร่วมได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์ (Chi – Square test) และสรุปบรรยายความ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.13 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.20 มีรายได้เฉลี่ย 7,174.00 บาท ความรู้ ทัศนคติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.20 และ 61.60 ตามลำดับ การมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.61$ ) เมื่อพิจารณาทางด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ( $\bar{X}=2.90$ ) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ( $\bar{X}=2.45$ ) อายุ เพศ การศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงานกองทุนฯ การอบรมหรือประชุม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบปัญหาอุปสรรค ได้แก่ การดำเนินงานกองทุนมีส่วนร่วมเฉพาะอนุกรรมการดำเนินงาน ไม่ครบทุกด้าน การวางแผนไม่สอดคล้องกับแผนของท้องถิ่น การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดผู้เชี่ยวชาญ และอุปกรณ์หรือคู่มือในการติดตามประเมินผล มีข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนา คือ จัดเวทีประชุม และเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องในทุกๆ ด้าน ทำแผนให้สอดคล้องกับแผนท้องถิ่น บูรณาการแผนร่วมกับหน่วยอื่น จัดกิจกรรมช่วงเวลาว่างของประชาชนตั้งคณะกรรมการประเมินผลจากหลายๆหน่วยงาน จัดเครื่องมือประเมินแบบง่ายๆ และให้รางวัลดีเด่นเพื่อเป็นกำลังใจ ทุกฝ่าย ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย สมควรอบรมให้ความรู้ ส่งเสริมทัศนคติ และให้ข้อมูลข่าวสารแก่ภาคีเครือข่ายต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** การมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

## บทนำ

การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เริ่มดำเนินการ นับตั้งแต่ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ.2549<sup>(1)</sup> ซึ่งในปีแรก มีองค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาลนำร่องจัดตั้งกองทุนรวม 888 แห่งจนถึงปี พ.ศ. 2562 มีการขยายไปถึง 7,736 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดของประเทศ<sup>(1)</sup> สำหรับจังหวัดพิจิตรได้เริ่มดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมในปีแรก จำนวน 16 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 15.84 หลังจากนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นทุกปี จนถึงปีงบประมาณ 2555 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 101 แห่ง ครบทุกแห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100<sup>(2)</sup> ส่วนอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตรที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วม จำนวน 6 กองทุน ครอบคลุมทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 เช่นกัน<sup>(3)</sup>

การดำเนินงานกองทุนฯจะมีความต่อเนื่อง และยั่งยืนได้นั้น ต้องเป็นระบบที่ภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ถือว่าเป็นการปฏิบัติงานตามภารกิจ และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐตามกฎหมาย ตลอดจนคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมาจากหลายภาคส่วนรวมทั้งภาคประชาชน ซึ่งการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความร่วมมือของภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ<sup>(4)</sup> จะเห็นได้ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นการดำเนินงาน

โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ สามารถรู้ปัญหาและหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ตลอดจนส่งเสริมให้บุคลากร ด้านสาธารณสุขได้แสดงบทบาทในการสนับสนุนประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมให้ภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และร่วมกันสร้างกลไกทางสังคมที่จะต้องเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพให้ลุล่วง การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพในชุมชนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินการกองทุนสุขภาพให้เกิดการขับเคลื่อนของนโยบายด้านสาธารณสุข<sup>(4)</sup>

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในปี 2562 โดยการติดตามนิเทศองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชุมพูดคุยกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในทุกตำบลในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตงเจริญร่วมกับท้องถิ่นอำเภอตงเจริญ<sup>(3)</sup> พบว่าภาคีเครือข่ายบางส่วนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นค่อนข้างน้อย หรือมีส่วนร่วมเป็นบางขั้นตอนเท่านั้น เช่น มีส่วนร่วมประชุมแต่ไม่ได้เข้าร่วมวางแผนหรือร่วมกิจกรรม หรือบางส่วนไม่มีส่วนร่วมใดๆ ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารระดับสาธารณสุขอำเภอ จึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุน

หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร อันจะทำให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นประสบผลสำเร็จจนเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

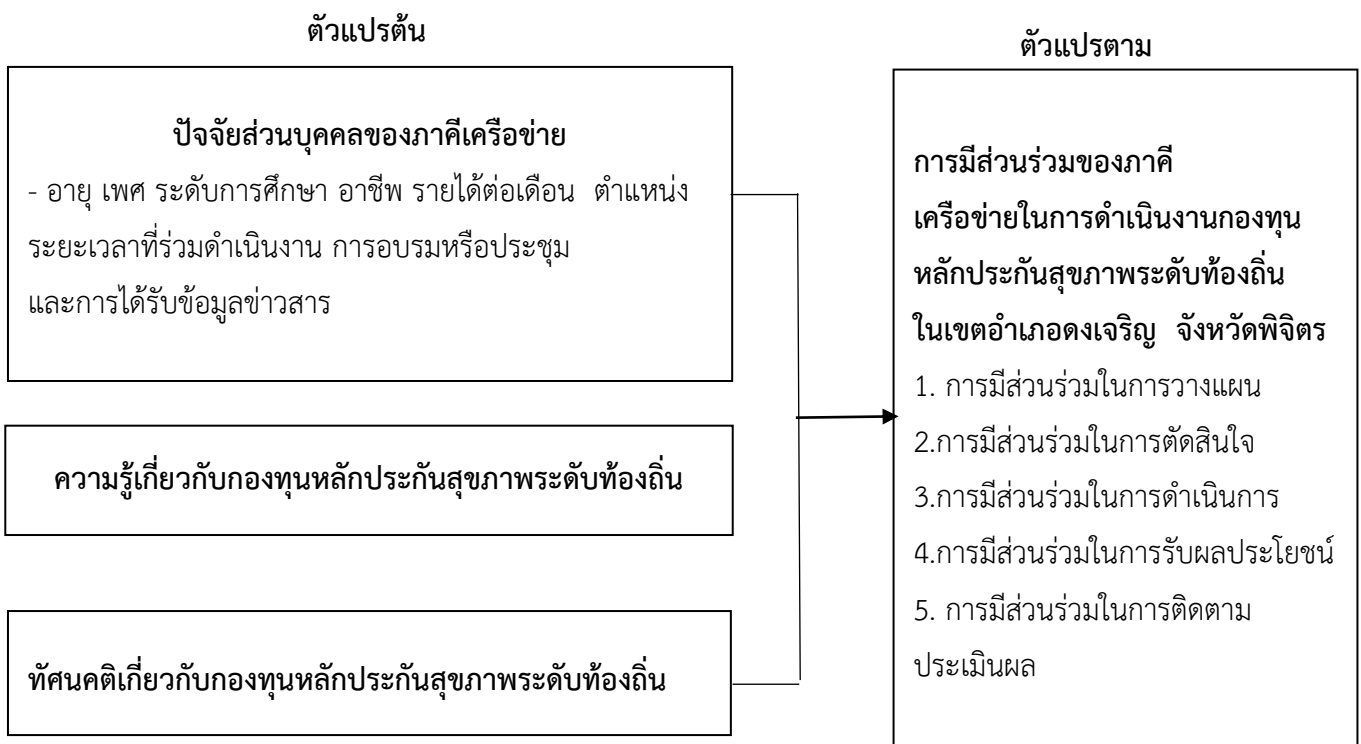
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

### กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร จำนวน 621 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กองทุนฯ ละ 21 คน รวมจำนวน 126 คน ผู้แทน อสม. หมู่ละ 2 คน รวมจำนวน 110 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 66 คน สภากาแฟ 94 คน แกนนำกลุ่มออกกำลังกาย 110 คน องค์กรสงฆ์ 115 คน และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน<sup>(5)</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 250 คน สำหรับตอบแบบสอบถาม การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มภาคีเครือข่าย กลุ่มละ 3 คน ได้แก่ กลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กลุ่มอสม. กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสภากาแฟ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มองค์กรสงฆ์ และกลุ่มประชาชนระดับครัวเรือนที่ใช้บริการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น รวมจำนวน 21 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

#### 1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งที่ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงานกองทุนฯ การได้รับการอบรมหรือประชุม การได้รับข้อมูลข่าวสาร และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ค่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ค่า มีส่วนร่วมมากที่สุด มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง มีส่วนร่วมน้อย และ มีส่วนร่วมน้อยที่สุด และส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

2. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วย หัวข้อปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความครอบคลุมประเด็นที่ต้องศึกษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาแบบสอบถาม (IOC) เท่ากับ 0.95 นำแบบสอบถามไปกับทดลองใช้กับภาคีเครือข่ายในอำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน แล้วคำนวณหาค่าความยากง่ายและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้แก่ ความรู้ หาค่าความยากง่าย โดยใช้สูตรของคูเดอร์ และ ริชาร์ดสัน<sup>(6)</sup> ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.65 ทศนคติและการมีส่วนร่วม ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)<sup>(7)</sup>

หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นของทัศนคติ เท่ากับ 0.88 และได้ค่าความเชื่อมั่นของการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาใช้ได้

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง เพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณลักษณะและวิธีการตามที่กำหนด
3. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กับผู้ช่วยนักวิจัย 3 คน ให้มีความเข้าใจ พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ช่วยนักวิจัยทุกประเด็นของแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย แจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของวิจัยและรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้
5. หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและผลการสนทนากลุ่ม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และ วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนรายชื่อและจัดระดับในภาพรวม ดังนี้

1.1. ความรู้มีเกณฑ์การให้คะแนนรายชื่อ คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยมี

การเปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนในการจัดระดับความรู้ของ Ware <sup>(8)</sup>

คะแนน 8-13 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับน้อย

คะแนน 14 -20 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 21-24 มีความรู้ในระดับมาก

1.2 ทัศนคติและการมีส่วนร่วมมีเกณฑ์การเปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนรายชื่อของประภาพรณ เสงี่ยมวงศ์ <sup>(9)</sup> คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีทัศนคติหรือการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีทัศนคติหรือการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีทัศนคติหรือการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีทัศนคติหรือการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีทัศนคติหรือการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด

โดยทัศนคติมีการเปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนในการจัดระดับทัศนคติของ Ware <sup>(8)</sup>

คะแนน 71-84 คะแนน ทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 85-106 คะแนน มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 107-120 คะแนน มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi – Square test)

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น





ในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร ที่ได้จากการสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยายสรุปความ

**ระยะเวลาดำเนินการวิจัย**

ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติแล้วได้ทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ตลอดจน สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

**ผลการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคลของภาคีเครือข่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 46.13 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 30.40 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.60 เป็นเพศชาย ร้อยละ 42.40 จบประถมศึกษา ร้อยละ 36.00 อาชีพเกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ร้อยละ 43.20 มีรายได้เฉลี่ย 7,174.00 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 บาทลงมา ร้อยละ 50.40 มีตำแหน่งเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ร้อยละ 20.40 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ร้อยละ 79.60 ประกอบด้วยผู้แทน อสม. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็ก แกนนำกลุ่มออกกำลังกายและองค์กรสงฆ์ ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงานกองทุนฯ ต่ำกว่า 5 ปี

ร้อยละ 86.80 เคยได้รับการอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ร้อยละ 30.00 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.40 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุดจากนิทรรศการที่จัดในจังหวัดหรือในพื้นที่ ร้อยละ 38.80 และเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในพื้นที่ ร้อยละ 28.80

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 65.20 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 18.00 และระดับน้อย ร้อยละ 16.80 ดังตารางที่ 1 ประเด็นความรู้ที่ภาคีเครือข่ายตอบถูกมากที่สุด ในเรื่อง ในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ขั้นตอนที่ต้องทำเป็นอันดับแรกคือร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ตอบถูก ร้อยละ 88.80 ประเด็นความรู้ที่ภาคีเครือข่ายตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ การทำสัญญาตกลงกับหน่วยบริการเอกชนในการจ่ายค่าตรวจสุขภาพแก่ผู้สัมผัสสารตะกั่วหรือสารโลหะหนักอื่นๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้สัมผัสสารตะกั่วหรือสารโลหะหนักอื่นๆ ได้รับบริการที่สะดวกสามารถใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้ ตอบถูก ร้อยละ 30.80

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในภาพรวม

ความรู้ (25คะแนน)	จำนวน (250 คน)	ร้อยละ	ระดับ
8-13 คะแนน	42	16.80	น้อย
14 -20 คะแนน	163	65.20	ปานกลาง
21-24 คะแนน	45	18.00	มาก



ทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.60 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 20.40 และระดับน้อย ร้อยละ 18.00 ดังตารางที่ 2 ประเด็นที่ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ความคิดที่ว่าทำให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นสิ่งที่ดี

( $\bar{X}=4.34$ ) ประเด็นที่ภาคีเครือข่ายมีทัศนคติถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ ความคิดที่ว่าการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความซับซ้อนกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่( $\bar{X} =2.92$ ) และความคิดที่ว่าภาคีเครือข่ายไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารของการทำงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ชัดเจน เพียงพอ และสม่ำเสมอ( $\bar{X} =2.92$ )

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของภาคีเครือข่ายจำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเขตอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในภาพรวม

ทัศนคติ (125คะแนน)	จำนวน (250 คน)	ร้อยละ	ระดับ
71-84 คะแนน	45	18.00	น้อย
85 -106 คะแนน	154	61.60	ปานกลาง
107-120 คะแนน	51	20.40	มาก

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง( $\bar{X} =2.61$ ) เมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ ( $\bar{X}=2.90$ ) รองลงมา ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน( $\bar{X}=2.76$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ( $\bar{X}=2.45$ ) และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $\bar{X} =2.49$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร รายด้าน

ด้าน	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอดงเจริญ จังหวัดพิจิตร	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1	ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน	2.76	1.29	ปานกลาง
2	ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.49	1.20	น้อย
3	ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ	2.51	1.18	ปานกลาง
4	ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	2.90	1.06	ปานกลาง
5	ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	2.45	1.12	น้อย
<b>รวมเฉลี่ย</b>		<b>2.61</b>	<b>1.11</b>	<b>ปานกลาง</b>

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร พบว่า อายุ เพศ การศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ระยะเวลา

**ตารางที่ 4** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ที่ร่วมดำเนินงานกองทุนฯ การอบรมหรือประชุมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	$\chi^2$	P-value
อายุ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	17.430	0.026*
เพศ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	9.272	0.010*
การศึกษา	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	45.049	0.000*
อาชีพ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	19.076	0.087
รายได้	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	24.835	0.000*
ตำแหน่ง	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	40.941	0.001*
ระยะเวลาที่ร่วมดำเนินงานกองทุนฯ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	16.516	0.000*
การอบรมหรือประชุม	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	26.919	0.000*
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	78.442	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดัง  
ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ตารางที่ 5  
ท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตรทั้งในภาพรวม

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน  
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	$\chi^2$	P-value
ความรู้	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในภาพรวม	51.620	0.000*
ความรู้	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน	50.473	0.000*
ความรู้	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	31.758	0.000*
ความรู้	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ	29.301	0.000*
ความรู้	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	39.968	0.000*
ความรู้	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	33.294	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคี ภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
เครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ 0.05 ดังตารางที่ 6  
ระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร ทั้งใน

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม	$\chi^2$	P-value
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในภาพรวม	22.948	0.000*
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน	24.993	0.000*
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	19.740	0.001*
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ	21.174	0.000*
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	21.269	0.000*
ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	17.841	0.001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

จากการสอบถามและสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายสรุปผลปัญหาและข้อเสนอแนะดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนจะมาร่วมเฉพาะอนุกรรมการด้านนั้นๆ ไม่ครบทุกด้าน การหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้ข้อมูลน้อยขาดการมองในภาพรวม การวางแผนไม่สอดคล้องกับแผนของท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายไม่มีเวลาร่วมโครงการพิจารณาของกองทุนต้องรอถึงงบประมาณทำให้ดำเนินงานไม่ทันช่วงต้นปีงบประมาณ การดำเนินการกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเป้าหมายรอรับผลประโยชน์มากกว่าทำกิจกรรม บางโครงการให้ผลช้า เช่น ลดน้ำหนัก การควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง ขาดผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์ และคู่มือในการติดตามประเมินผลทำให้การออกแบบการติดตามประเมินผลไม่ถูกต้อง เช่น การวัดพฤติกรรม การวัดทัศนคติ

เป็นต้น การสรุปโครงการไม่ชัดเจน ไม่เป็นรูปธรรม และบางโครงการประเมินผลไม่ได้ เช่น การติดตามโครงการยาเสพติด มีข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นได้แก่ เชิญอนุกรรมการประชุมร่วมกันหลายๆคณะ จัดเวทีประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคี ที่เกี่ยวข้องในทุกๆ ด้าน ขอข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆนอกจากหน่วยงานสาธารณสุข วางแผนให้สอดคล้องกับแผนท้องถิ่น เตรียมวางแผนล่วงหน้าให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงหน่วยอื่นๆ เขียนโครงการนำแผนไปรวมกับหน่วยอื่นๆ ให้ตรงกัน จัดกิจกรรมช่วงเวลาว่างของประชาชน ควรสรุปโครงการให้ครบทุกๆด้านมากกว่าด้านสุขภาพ ตั้งแต่กรรมการประเมินผลจากหลายๆหน่วยงานและภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน ตำรวจ /ครู/อสม. ทำเครื่องมือประเมินผล แบบง่ายๆ สรุปผลงานร่วมกันทุกฝ่าย และให้รางวัลดีเด่น ถ้าทำสำเร็จเพื่อเป็นกำลังใจ

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของชัชติกา แม่ประสาธ (10) ที่ศึกษาความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) พบว่าคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร ยาสมุทร และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (11) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ รองลงมา ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม คือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนจะมาร่วมเฉพาะอนุกรรมการด้านนั้นๆ ไม่ครบทุกด้าน การหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้ข้อมูลน้อยขาดการมองในภาพรวม ตลอดจนขาดผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์รวมทั้งคู่มือในการติดตามงาน ทำให้สรุปโครงการไม่ชัดเจนไม่เป็นรูปธรรม และบางโครงการประเมินผลไม่ได้ ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การอบรมหรือประชุมและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มี

ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ภาคีเครือข่ายจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นก็ต่อเมื่อเขาได้รับการอบรมประชุมและได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในแต่ละด้านอย่างเพียงพอที่จะตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณาทองแก้ว (12) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดยะลา พบว่าการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.01$  และยังพบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ ประชาชนไม่รู้จักกองทุนฯ โดยมีข้อเสนอแนะว่าจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร ยาสมุทร และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (11) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกองทุนฯ สามารถร่วมอธิบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ ได้ร้อยละ 30.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตรทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของชัชติกา แม่ประสาธ (10) ที่ศึกษาความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการนำร่องของสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราพร ยาสมุทร และนิทรากิจธีระวุฒิมังษ์<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ผลการวิเคราะห์ปัจจัย ทำนายพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนฯ สามารถร่วมอธิบายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ ได้ร้อยละ 30.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นความรู้และการดำเนินงานระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นเป็นพื้นฐานสำคัญเพื่อมาใช้ในการดำเนินงานกองทุนฯ ในด้านต่างๆ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาคีเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อยู่ในระดับปานกลางส่งผลให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอคงเจริญ จังหวัดพิจิตร ทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของซซติกา แม่ประสาธ<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นตามโครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (ราชบุรี) พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับที่ระดับ 0.01 การวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาคีเครือข่ายมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ภาคีเครือข่ายมีความคิดว่าการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมีความซับซ้อนกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และคิดว่าไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน เพียงพอ และสม่ำเสมอ ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดนโยบายการสนับสนุนการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นนโยบายเน้นหนักในระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง
2. จัดตั้งคณะกรรมการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นโดยให้มีภาคีเครือข่ายจากทุกกลุ่มจากทุกชุมชน/หมู่บ้านพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ เพื่อให้ภาคประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมอย่างทั่วถึงมากขึ้น
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในทุกๆด้านโดยเฉพาะในด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยจัดการอบรมหรือประชุมให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

### บทสรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอคงเจริญ จังหวัดพิจิตร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมตลอดจน

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและมีบางด้านยังคงอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าภาคีเครือข่ายมีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในภาพรวมและทุกด้าน ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินการ การรับประโยชน์และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังพบว่า ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมไม่ครบทุกด้าน การหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้ข้อมูลน้อยขาดการมองในภาพรวม ภาคีเครือข่ายไม่มีเวลาร่วมโครงการ การสรุปผลโครงการไม่ชัดเจน และบางโครงการประเมินผลไม่ได้ ดังนั้นเพื่อให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นมากขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพในทุกๆด้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง ชัดเจนและเกิดความตระหนักเห็นประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆ ด้าน ทั้งการอบรม ประชุมและให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนคู่มืออุปกรณ์ วิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาโดยเฉพาะในด้านการติดตามประเมินผลโครงการและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับเวลาว่างของชุมชน สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ทีมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและ

ระดับตำบล รวมถึงคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร และภาคีเครือข่ายทุกท่าน ที่กรุณาตอบแบบสอบถามให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของจังหวัดพิจิตรต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). เปิดผลงาน 12 ปี ‘กองทุนสุขภาพตำบล’ ท้องถิ่นเข้าร่วม 99% ‘อนุทิน’ มอบรางวัล 24 ผลงานเยี่ยม. (เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2562). เข้าถึงได้จาก : <https://gnewsapps.go.th/news?news=45839>, 2562
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สรุปผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นจังหวัดพิจิตร. พิจิตร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ; 2562.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร. สถานการณ์การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นในเขตอำเภอตงเจริญ จังหวัดพิจิตร ในปี 2562. พิจิตร : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตงเจริญ ; 2562.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ; 2553.
5. เทียมจันทร์ พานิชยผลินไชย. ระเบียบวิธีวิจัย. พิษณุโลก : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2545.
6. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการแพทย์ แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ จำกัด ; 2548.



7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2543.
8. ประภาพรรณ เสี่ยงวงศ์. การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ด้วยวิธีการวิจัยในชั้นเรียน. กรุงเทพฯ : บริษัทดวงกมลสมัย จำกัด ; 2550.
9. ยูพากรณ์ จันทรมิมล. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ผลิตยางพารา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.
10. ชัชติกา แม่ประสาท. ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการของ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตามโครงการ นำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาพื้นที่(ราชบุรี). (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข)นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2550.
11. อัจฉราพร ยาสุมุทร และนิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. (2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นเทศบาลตำบลระหาน อำเภอ บึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารวิทยา ศาสตร์สุขภาพ 2560 ; 11:1-11.
12. วรณา ทองแก้ว. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในจังหวัดยะลา. วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ 2554 ; 3 : 16-32

## ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับ

## ความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

## Effect of Health Promotion Program to Health Behavior, Body Mass

## Index and Blood Pressure Among Khirimat District Health Personnel, Sukhothai Province

วิชาญ มีเครือรอด ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ 2) สร้างอารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3) จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 4) ติดตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ค่าพหุคูณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบสถิติ Repeated measure ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยควรมีการขยายผลไปสู่บุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ** โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข

## บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มากมาย โดยพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญลำดับที่ 5 ที่มีผลต่อภาระโรคในระดับโลก ทั้งยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมหาศาล<sup>1</sup> ภาวะอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็ง โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงสัมพันธ์กับภาวะด้านอินซูลิน โรคเบาหวาน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2557 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วนอย่างน้อย 600 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากผลการสำรวจ



ข้อมูลของสุขภาพคนไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2548, 2552 และ 2557 อัตราความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราร้อยละ 28.1, 36.5 และ 37.7 ตามลำดับ สาเหตุของกลุ่มอาการอ้วนลงพุง เกิดจากความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย จังหวัดสุโขทัยได้มีการดำเนินงานส่งเสริมให้ประชาชนได้มีสุขภาพดีโดยการคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาโรคไม่ติดต่อในประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป โดยการคัดกรองค้นหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วนลงพุง อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปี 2562 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 โดยอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี 2558 เท่ากับ 7,392.80 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราป่วยโรคเบาหวานปี 2562 เท่ากับ 8,403.65 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2558 โดยอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2558 เท่ากับ 20,753.12 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงปี 2562 เท่ากับ 22,797.56 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและสูงกว่าระดับประเทศ<sup>3</sup> จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าประชาชนจังหวัดสุโขทัยกำลังเผชิญและเสี่ยงกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ มีสาเหตุจากการมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ มีรอบเอวเกินเกณฑ์ และนำไปสู่การเป็นกลุ่มอาการอ้วนลงพุง

บุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนงานด้านสุขภาพอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การแนะนำเผยแพร่ความรู้ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขนั้นมีบทบาทที่

สำคัญมากทางด้านสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศมีจำนวนทั้งสิ้น 72 คน ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน พบว่ามีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐานร้อยละ 13.69 และพบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง และขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุข มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงเป็นแนวทางแก้ไขปัญหา และเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากกลุ่มอาการอ้วนลงพุงรวมทั้งเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องนั้น บุคคลต้องรับรู้ว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์ ยกย่องความเป็นอยู่ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เสริมศักยภาพให้สามารถบรรลุความสำเร็จในชีวิต และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการปฏิบัติในทางบวกเพื่อส่งเสริมให้ตนเอง มีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมไปถึงครอบครัวและชุมชนด้วย โดยการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>3</sup> ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ปัจจัยด้านลักษณะประสบการณ์ และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล, ปัจจัยด้านอารมณ์ และการคิดรู้อที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้อที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญ ในการจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมผ่านมา พบว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้นอกจากนี้



การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วย จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาจัดทำเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง เพื่อนำผลการวิจัยไปแก้ไขปัญหาดังกล่าว และเผยแพร่ให้แก่ผู้สนใจและบุคคลอื่น ๆ ให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของทุกคนต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในบุคลากรสาธารณสุขโดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบ ดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความดันโลหิต ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน

### ความสำคัญของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>4</sup> ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข นำเสนอผ่านโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบของกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าดัชนีมวลกายที่ลดลงจากเดิม มีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในช่วงปกติ ผลการวิจัยนี้คาดว่า จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางเพื่อให้บุคคลทั่วไป ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุงสามารถนำไปโปรแกรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เกิดเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จนสามารถลดน้ำหนักลดรอบเอว และลดโอกาสเสี่ยงไม่เกิดเป็นกลุ่มอาการอ้วนลงพุง และไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต่างๆ ตามมา

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยศึกษาแบบกลุ่มเดียว



วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จำนวน 30 คน โดยการใช้สูตรในการคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง จัดเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน

ขอบเขตเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 72 คน ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ

ขอบเขตระยะเวลา ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2563

### นิยามศัพท์เฉพาะ

#### โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

หมายถึง การจัดกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุข อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริม

#### พฤติกรรมสุขภาพ

หมายถึง การปฏิบัติตัว หรือการกระทำของบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุง โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต

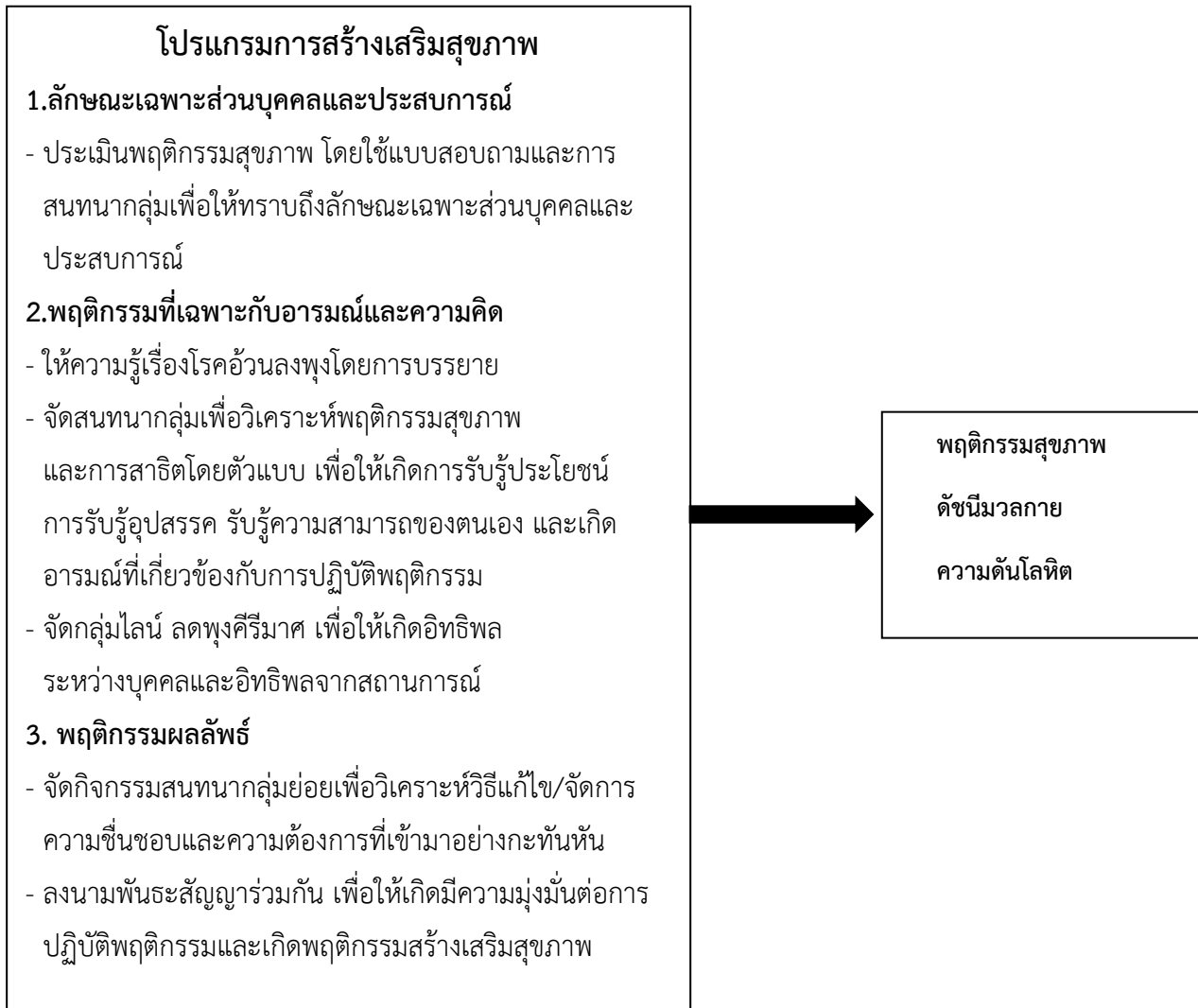
### บุคลากรสาธารณสุข

หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอคีรีมาศ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ ปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขตามบทบาทของตนเอง ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการด้านสาธารณสุขต่างๆภายในเขตรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอคีรีมาศ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้การศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิด ที่สร้างมาจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และนำมาใช้ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มทดลอง เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งแสดงได้ดังแผนภูมิกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม



## วิธีการดำเนินการวิจัย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง( purposive sampling ) คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่งและที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 72 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการทบทวนงานวิจัยของถาวร มาตันและปัทมา สุพรรณกุล<sup>5</sup> เรื่องผลของโครงการคนไทยไร้พุงต่อการลดค่าดัชนีมวลกาย

และเส้นรอบเอวของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง พบว่าค่าพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง (Xc) เท่ากับ 5.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.27 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการทดลอง (Xt) เท่ากับ 6.76 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.52 แทนค่าในสูตรโคเฮน<sup>6</sup> ได้ค่า Effect size เท่ากับ 0.22 กำหนด  $\alpha$  เท่ากับ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม แทนค่าในสูตรโคเฮน(6) ได้ค่า Effect size เท่ากับ 1.95 และจากตาราง A POWER PRIMER ได้กำหนด  $\alpha$  เท่ากับ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพลมีขนาดใหญ่ทำให้ได้



ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรีมาศ
2. ดัชนีมวลการตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
3. ไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำหนัก
4. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรค

ความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ

5. สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
6. ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
7. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้จนสิ้นสุดการทดลอง และผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยให้ครบทุกขั้นตอนของการวิจัย
2. เจ็บป่วยหรือมีเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ดังนี้คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (4) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ คือ

ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) เป็นขั้นตอนที่ศึกษาถึง พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบไปด้วย ด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งทำให้ทราบและเข้าใจถึงปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองที่ผ่านมาที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลการและระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองในปัจจุบัน โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

พฤติกรรมที่เฉพาะกับอารมณ์และความคิด (Behavior-specific cognition and affect) เป็นขั้นตอนที่ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมดำเนินการโดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มย่อยประมาณกลุ่มละ 8 คน จัดให้มีการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 4 คน ที่ได้รับการอบรมโดยผู้วิจัยให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ โรคอ้วนลงพุงและการสนทนากลุ่ม ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึกการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมา การนำเสนอผลการสนทนากลุ่มโดยตัวแทนกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การให้ความรู้โดยการบรรยายผ่านภาพนิ่ง การสาธิตโดยตัวแบบ การให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ดำเนินการโดยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางที่ผู้วิจัยที่จัดทำ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ลดพุงศรีรีมาศเป็น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ การให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนลงพุง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ละ 3 วัน

พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) เป็นขั้นตอนที่ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมผลลัพธ์ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจัดการสนทนากลุ่มและร่วมกันวิเคราะห์วิธีการแก้ไขหรือจัดการปัญหา เมื่อพบกับเหตุการณ์หรือความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน การลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดเป็นพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ



พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและนำไปสู่การปฏิบัติ  
พฤติกรรมผลลัพธ์ต่อไป

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่  
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสร้าง  
เสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต และ  
เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์สำหรับตรวจวัดกลุ่มตัวอย่าง  
ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ  
ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการออก  
กำลังกายต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่นั่งทำงานที่โต๊ะทำงาน  
ติดต่อกันนานที่สุดกิจกรรม/งานอดิเรก/หลังเลิกงาน  
ที่ท่านทำเป็นประจำหรือมากที่สุด ระยะเวลาทั้งหมดที่  
ท่านใช้โทรศัพท์มือถือต่อวัน และการตรวจร่างกายประกอบ  
ไปด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดระดับความดันโลหิต  
โดยผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ  
3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการ  
รับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัย  
ได้สร้างขึ้น ลักษณะของคำถามเป็นมาตรประมาณ 5 ระดับ  
จำนวน 30 ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวก  
และทางลบ โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านบวก  
มีจำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางด้านลบ  
มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด  
ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ตามระดับการปฏิบัติ  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ  
นานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็น  
ประจำ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1.การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบคุณภาพของ  
เครื่องมือ ดังนี้

1.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ  
หาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผ่านความ

เห็นชอบความตรงเชิงเนื้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน  
ได้เท่ากับ 0.81

1.2 เครื่องวัดความดันโลหิต ผ่านการสอบ  
เทียบโดยโรงพยาบาลศิริราชและใช้เครื่องวัดความดัน  
โลหิตนี้เครื่องเดียวตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดความสูงชนิดยืน  
มีการตรวจสอบความเป็นมาตรฐานของเครื่องก่อน  
นำไปใช้ และใช้เครื่องอันเดียวกันตลอดการเก็บรวบรวม  
ข้อมูล

#### 2.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริม  
สุขภาพ ไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข ที่มีลักษณะ  
คล้ายกันกับบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มทดลอง ซึ่งอยู่ใน  
เขตของอำเภอทองไทรลาค โดยนำแบบสอบถามไปทดลอง  
ใช้จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถาม  
ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม  
โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค  
(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

#### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัย  
ได้เตรียมความพร้อมโดยการศึกษาหาความรู้และทบทวน  
วรรณกรรมเกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง โดยมีวิธีการทดลอง  
ดังนี้

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการ ขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย  
ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัย  
ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

2. สสำรวจ และรวบรวมรายชื่อบุคลากรสาธารณสุข  
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรัตนา ที่ไม่มีโรค  
ประจำตัว และไม่ได้อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

3. ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการ  
คำนวณเพื่อให้ได้บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มทดลอง  
จำนวน 30 คน





4. ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2 กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเตอร์<sup>4</sup> โดยจัดเนื้อหาของกิจกรรม ให้ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถแห่งตน ขั้นตอนที่ 4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 5 อิทธิพลระหว่างบุคคล และขั้นตอนที่ 6 อิทธิพลจากสถานการณ์

4.3 คัดเลือกตัวแบบจริง ซึ่งเป็นบุคคลสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอศรีมมาศ และมีคุณลักษณะ คือ เป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่มีน้ำหนักและรอบเอวเกินเกณฑ์ แต่ปัจจุบันสามารถลดน้ำหนัก ลดรอบเอวลงได้ จนอยู่ในในเกณฑ์ปกติ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกาย มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริโภคอาหาร และวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องด้วย เพื่อที่จะเป็นตัวแบบที่ดีให้กับกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกไว้ จำนวน 1 คน

5. จัดทำแผนการสอน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการอ้วนลงพุง การป้องกันการเกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ดังนี้ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

6. เตรียมอุปกรณ์และสถานที่ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงชนิดยืน และเครื่องวัดความดันโลหิตไปสอบเทียบค่า โรงพยาบาลศรีมมาศ

### ขั้นตอนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีมมาศ ต.โตนด อ.ศรีมมาศ จ.สุโขทัย จำนวน 1 วันโดย มีกิจกรรมดังนี้ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มทดลอง ใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเองและผ่อนคลายสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมโดยการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของกลุ่มทดลองที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนลงพุง โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองโดยการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม โดยมีผู้ช่วยวิจัยในแต่ละกลุ่มและใช้แนวคำถาม ทำการจดบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยสรุปผลการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มย่อยและวิเคราะห์ร่วมกันถึงลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง ระบาดวิทยาของโรค ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว โดยการบรรยายผ่านภาพนิ่ง (power point) ให้สมาชิกภายในกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ บอกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์อุปสรรคที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและร่วมกันหาวิธีการลดอุปสรรค วิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน สรุปผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ โดยแต่ละกลุ่มมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้แนวทางการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และทำการจดบันทึก หลังจากนั้นมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละกลุ่มเพื่อสร้างอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การสาธิตโดยตัวแบบในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และให้กลุ่มทดลองมีส่วน

ร่วมในการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน และให้กลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับ การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ได้แก่กิจกรรมละลายพฤติกรรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลและได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยการให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกลุ่มไลน์ลดพุงคีรีมาศ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านได้แก่ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย โดยจัดทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากนั้นทำการนัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลและแจ้งให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมลดพุงในไลน์ลดพุงคีรีมาศ สัปดาห์ละ 3 วัน จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองจัดการกับความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหันและให้กลุ่มทดลองเกิดความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยร่วมกันวิเคราะห์วิธีการแก้ไขหรือจัดการปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ ความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ที่มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้บันทึก หลังจากนั้นมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ของแต่ละกลุ่ม โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมา ให้กลุ่มทดลองร่วมกันลงนามพันธะสัญญาว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบไปด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ตั้งกลุ่มไลน์ลดพุงคีรีมาศให้ความรู้เรื่อง บุคลากรสาธารณสุขไร้พุง ทางกลุ่มไลน์ โดยส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการถ่ายรูปการออกกำลังกายและอาหารของตนเองส่งในกลุ่ม เพื่อกระตุ้นให้คนอื่นได้มีการ

ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการลดพุง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองทำการวิเคราะห์ โดยการ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างพฤติกรรมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)
3. ข้อมูลดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างมี 1 กลุ่มคือกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2563 ซึ่งเสนอผลการวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=30)	
	$\bar{x}$	S.D.
อายุ (ปี)	40.26	10.35
รายได้ต่อเดือน (บาท)	24044.33	13814.71
ระยะเวลาในการออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ (นาที)	168.66	126.51
ระยะเวลานั่งทำงานที่โต๊ะนานที่สุด (นาที)	104.50	92.42
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้โทรศัพท์มือถือต่อวัน (นาที)	170.33	92.71
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	75.24	15.53
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	161.83	9.40
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	28.37	4.70
	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	10	33.34
หญิง	20	66.66
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	8	26.67
คู่	22	73.33
<b>ตำแหน่ง</b>		
นักวิชาการสาธารณสุข	11	36.66
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	6	20.00
พยาบาลวิชาชีพ	4	13.33
เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล	7	23.33
คนงาน	2	6.68
<b>กิจกรรม/งานอดิเรกหลังเลิกงาน</b>		
ออกกำลังกาย	9	30.00
ดูทีวี	6	20.00
รดน้ำต้นไม้	11	36.66
อ่านหนังสือ	2	6.68
ทำอาหาร	1	3.33
เลี้ยงสัตว์	1	3.33



จากตาราง 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 40.26 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 24,044.33 บาท ระยะเวลาในการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์เฉลี่ย 168.66 นาที ระยะเวลาที่นั่งทำงานที่โต๊ะนานที่สุดเฉลี่ย 104.50 นาที ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้โทรศัพท์มือถือต่อวันเฉลี่ย 170.33 นาที น้ำหนักเฉลี่ย 75.24 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 161.83 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 28.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.66 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.33 ตำแหน่งส่วนใหญ่ เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.66 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และคนงานตามลำดับ กิจกรรม/งานอดิเรกหลังเลิกงานส่วนใหญ่ รดน้ำต้นไม้ ร้อยละ 36.66 รองลงมา คือ ออกกำลังกาย ดูทีวี อ่านหนังสือ ทำอาหาร และเลี้ยงสัตว์ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ตาราง 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

	Mean	SD	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง n=30	61.93	6.38	-19.45	.05
หลังทดลอง n=30	126.20	12.17		
ดัชนีมวลกาย				
ก่อนทดลอง n=30	28.38	4.70	1.35	.18
หลังทดลอง n=30	28.33	4.72		
ความดันโลหิตซิสโตลิกกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=30)	140.53	4.70	20.48	.05
หลังการทดลอง (n=30)	116.33	4.72		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิกกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=30)	92.06	4.16	20.71	.05
หลังการทดลอง (n=30)	72.13	3.56		

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ในขณะที่ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

ไม่แตกต่างกัน ความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  และความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ตามลำดับ



## วิจารณ์

สมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก จากผลของคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองเท่ากับ 61.93 หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เท่ากับ 126.20 จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>4</sup> กิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมคือ จัดกิจกรรมโดยการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของกลุ่มทดลองที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนลงพุง โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองโดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 4 กลุ่ม สรุปผลการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มย่อย และวิเคราะห์ร่วมกันถึงลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง การจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง ระบาดวิทยาของโรค ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว โดยการบรรยายผ่านภาพนิ่ง (power point) จัดสนทนากลุ่มให้สมาชิกภายในกลุ่มวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพบอกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์อุปสรรคที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและร่วมกันหาวิธีการลดอุปสรรค วิเคราะห์ความสามารถ

ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน สรุปผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยแต่ละกลุ่มมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ใช้แนวทางการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และทำการจดบันทึก จากนั้นมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละกลุ่มเพื่อสร้างอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จัดให้มีการสาธิตโดยตัวแบบในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และให้กลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับ ในระหว่างการจัดกิจกรรมมีการจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดให้กลุ่มทดลองได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยการแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มทดลอง จัดทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ในแต่ละวัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมีการอธิบายและสาธิตวิธีการบันทึกเพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนการเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัยต่างๆ นัดหมายกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่มเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล การจัดให้กลุ่มทดลองได้รับฟังความรู้ทางกลุ่มไลน์ลดพุงคีรีมาศ เกี่ยวกับโรคอ้วนลงพุง การออกกำลังกาย อาหารลดพุง สัปดาห์ละ 3 วัน การสนทนากลุ่มและร่วมกันวิเคราะห์วิธีการแก้ไขหรือจัดการปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ ความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ที่มีผลกระทบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมา จากนั้นให้กลุ่มทดลองลากเส้นปะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน และให้กลุ่มทดลองลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดเป็นพันธะสัญญาว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และให้ทุกคนนำไปพันธะสัญญาไปติดไว้ที่บ้านของตนเอง นัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการ

ทดลอง 12 สัปดาห์ จากผลของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังทดลอง 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลอง จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถาวรมาตัน และปัทมา สุพรรณกุล<sup>5</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโครงการคนไทยไร้พุงต่อการลดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในเรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันโรคดีขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เรียม นมรักษ์<sup>8</sup> ที่ได้ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ตีพร้อม, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่<sup>9</sup> ที่ได้ทำการศึกษารื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอมะนัง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของทองมี ผลาผล, นันทวัน สุวรรณรูปและ สุพินดา เรื่อง จิรัชเชียร<sup>10</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมฯ

สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สมมุติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน ( $p = .18$ ) ซึ่งขัดแย้งกับสมมุติฐานข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ รับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กลุ่มทดลองจึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันและเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมและลดน้ำหนักของตนเองโดยมีความมุ่งหวังในการลดดัชนีมวลกายให้อยู่ในระดับไม่เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจากการติดตามพฤติกรรมของกลุ่มทดลองพบว่ามีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก จากการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในสมุดบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำโดยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมควบคุมและลดน้ำหนักของตนเองโดยมีความมุ่งหวังในการลดดัชนีมวลกายให้อยู่ในระดับไม่เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร การปฏิบัติพฤติกรรมในด้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการนั่งทำงานที่โต๊ะทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน การหลีกเลี่ยงวิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ การบริโภคอาหารหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง และการออกกำลังกาย

อย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ แต่เนื่องจากระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาเพียงแค่ 12 สัปดาห์ ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอแต่ก็ยังไม่สามารถลดค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนการทดลองได้สอดคล้องกับการศึกษาของถาวร มาตัน และ ปัทมาสุพรรณกุล<sup>5</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโครงการคนไทยไร้พุงต่อการลดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่าค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการอบรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p = 0.127$ )

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้ อภิปรายได้ว่าจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ได้รับความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ กลุ่มทดลองจึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้อยู่ในระดับสูง ดังจะพบว่ามีปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก จากการบันทึก

พฤติกรรมสุขภาพ ในสมุดบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำโดยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเอง การหลีกเลี่ยงการนั่งทำงานที่โต๊ะทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การหลีกเลี่ยงวิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ การบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง และการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ และจากการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง พร้อมทั้งลงบันทึกข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายลงในสมุดบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้การสะท้อนข้อมูลแก่ตนเองทำให้ทราบถึงพฤติกรรมว่าเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบ จึงทำให้กลุ่มทดลองระมัดระวังตัวที่จะควบคุมพฤติกรรมให้เหมาะสม ทำให้นำไปสู่การคงพฤติกรรมนั้นไว้ หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้เกิดความภูมิใจที่ตนเองสามารถทำได้สำเร็จ เกิดความพยายามในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับระดับความดันโลหิตที่ลดลงหลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัมมร บุญช่วย<sup>11</sup> ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว 110



ค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว 70.67 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว 138.44 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว 95.56 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต โดยภาพรวมพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรลดา ดีพร้อม, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่<sup>9</sup> ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงกว่าก่อนให้โปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ มากมาย เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2557 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วนอย่างน้อย 600 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด จากผลการสำรวจข้อมูลของสุขภาพคนไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2548, 2552 และ 2557 อัตราความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราร้อยละ 28.1, 36.5 และ 37.7 ตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ.18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัย โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีผลในการทำให้พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบุคลากรสุขภาพด้านอื่นๆ อีกต่อไป เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง ควรส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุข นำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับโรคของผู้ตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### บรรณานุกรม

1. Dixon JB, The effect of obesity and health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*. 2010;316,104-108.
2. World Health Organization media care. Obesity and overweight Fact sheet; 2010 [cited 2010 June 6]. Available from: <http://mediacentre/factsheets/fs311/en/>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2563). อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. Available from: [https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11](https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)





4. Nola Pender, Carolyn Murdaugh and Mary Ann Parsons. Health Promotion In Nurse Practice (6th ed.). The United States of America: Pearson Education; 2011. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558;3:231-44
5. ถาวร มาตั้น และ ปัทมา สุพรรณกุล. ผลของโครงการคนไทยไร้พุงต่อการลดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2555; 42:83-94.
6. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
7. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2547.
8. เรียม นมรักษ์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29:25-35
9. ฉัตรลดา ดีพร้อม, นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอ เมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. J Sci Technol MSU. 2562;38:451-461
10. ทงมี ผลาผล, นันทวัน สุวรรณรูป และ สุพินดา เรืองจิรัชฐีเยร. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29:81-91
11. อัมมร บุญช่วย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา



## รายงานผู้ป่วย

## Case Report

## การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก : กรณีศึกษา

## Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever Patient : case study

สุภางภัทร์ พรหมอยู่ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบึงนาราง

## บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะ ลักษณะสำคัญของโรคคือ ไข้ลดลงอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น บางรายมีอาการปวดท้องมาก่อนจะมีอาการช็อค ถ้าการรักษาไม่ทันผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะ Profound shock และเสียชีวิตได้ใน 24 ชั่วโมง หลังจากเริ่มมีอาการช็อค การศึกษาเฉพาะกรณีนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ได้รับการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 26 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ทดสอบทูนิเกตต์ได้ผลลบ ตรวจเลือดพบเกล็ดเลือดต่ำและฮีมาโตคริตสูง ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) การรักษาให้สารน้ำ ยาแก้ไข้และส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลโพทะเล อาการระหว่างส่งต่อมีมีน็ีรชะ เจ็บคอ อ่อนเพลีย ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) ไข้ปวดศีรษะเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากการรั่วของพลาสมาและเกล็ดเลือดต่ำ 3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหาร เนื่องจากอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อต่อผู้อื่น เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเดงกีในกระแสเลือด 5) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเป็นไข้เลือดออก 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ 7) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในโรคไข้เลือดออกและการปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลโพทะเล ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขจนพ้นระยะวิกฤติและปลอดภัยจากภาวะช็อค อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยนัดติดตามผลการรักษา 3 วัน ที่โรงพยาบาลบึงนาราง ผลการติดตามผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติผลการตรวจเลือดปกติ ซึ่งโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยผู้ใหญ่หากได้รับการคัดกรองวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตได้พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคระยะต่างๆ และทักษะการประเมินอาการและอาการแสดงของโรค รวมถึงการจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทันเหตุการณ์

**คำสำคัญ :** โรคไข้เลือดออกเดงกี, ภาวะวิกฤติ, การพยาบาล

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) เป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสเดงกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะ นำโรค ลักษณะการดำเนินโรคไข้เลือดออก คือ ไข้สูง มีอาการเลือดออกและอาจเกิดภาวะช็อคทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้โรคไข้เลือดออกจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน

ทางอายุรศาสตร์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็วก่อนเกิดภาวะช็อค หรือเกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง จึงต้องมีการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มของการเกิดภาวะช็อค เพื่อการพยาบาลผู้ป่วย



อย่างถูกต้อง<sup>1</sup> จากการศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกปี 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วย 84.23, 100.47, 63.27 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย 0.15, 0.13, 0.04 ต่อประชากรแสนคน สำหรับจังหวัดพิจิตร<sup>3</sup> พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ อัตราป่วย 30.39, 82.05, 19.72 ต่อประชากรแสนคน จะเห็นว่าในปี 2561 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าสองเท่า และอัตราป่วยตายพบ 0, 0.18, 0 ต่อประชากรแสนคน ในส่วนของอำเภอบึงนาราง รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2560-2562 อัตราป่วย 79.50, 228.53, 41.55 ต่อประชากรแสนคน โดยไม่พบรายงานอัตราป่วยตาย จากสภาพปัญหาการระบาดดังกล่าว ในปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กำหนดมาตรการเร่งรัดการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยมุ่งลดการระบาด และควบคุมคุณภาพการรักษาอย่างเข้มงวดเพื่อลดอัตราป่วยตาย ซึ่งเมื่อพิจารณาในประเด็นคุณภาพการรักษาพยาบาล จากการศึกษารายงานการประเมินผลงานควบคุมโรคไข้เลือดออกจังหวัดพิจิตร<sup>4</sup> สรุปปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตคือ จากสาเหตุภาวะช็อคนาน ร้อยละ 62.5 ภาวะน้ำเกิน ร้อยละ 32.5 และจากสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 5 จากรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จึงจะเห็นว่าภาวะช็อคเป็นความเสี่ยงสำคัญของโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากการทบทวนทฤษฎีโรคอธิบายว่า<sup>5</sup> ภาวะช็อคในโรคไข้เลือดออกเกิดจากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือด โดยจะพบภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากมีไข้ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและค้นพบอาการแสดงของภาวะช็อคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อการรักษาพยาบาลได้อย่างทันเวลา มิฉะนั้นหากมีอาการช็อค อยู่ยาวนานหรือเกิดระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

จากความสำคัญของโรคไข้เลือดออกดังกล่าว จึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ ผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาลและถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล แม่ข่ายและพบว่าในระยะแรกมีอาการวิงเวียน การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติต้องรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ตามมาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้ส่งต่อได้รวดเร็วเหมาะสม ผลลัพธ์จากการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่สรุปบทเรียนได้ว่า การมีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค พยาธิสรีรวิทยาเป็นอย่างไร มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการรักษา และใช้กระบวนการพยาบาลติดตามเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ทันเวลา จึงทำให้ภาวะเจ็บป่วยไม่ลุกลามรุนแรงมากขึ้น และสามารถฟื้นฟูสภาพจนกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้

#### การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐานการพยาบาลและนำสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลขณะส่งต่อ

#### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย โสด อายุ 26 ปี อาการสำคัญ ไข้ ไอ เจ็บคอ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ประวัติการเจ็บป่วย 5 วันก่อน มีอาการ ไข้ มารักษาที่โรงพยาบาลบึงนาราง ได้ยาแก้ไข้และ ORS ไปรับประทานอาการไม่ทุเลา จึงกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบึงนารางด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ จากการตรวจร่างกายพบความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอท ชีพจร 116 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ทดสอบปฏิกิริยาได้ผลลบ และผลการตรวจ CBC พบเกล็ดเลือดต่ำ 65,000 cell/mm<sup>3</sup>, Hct 45.5% แพทย์สันนิษฐานโรคไข้เลือดออก ให้การรักษาโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยาลดไข้ paracetamol (500mg) 2 tab.



ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลโพทะเล การพยาบาลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีรับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

6 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพทะเล แรกรับ BW 80 kg. สูง 170 CM. อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 115/71 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที BMI 27.68  $SPo_2$  97% แพทย์ให้การรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมรับผู้ป่วยไว้รักษาต่อในแผนกผู้ป่วยใน

7 กุมภาพันธ์ 2563 ติดตามเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วย พบผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส มีอาเจียน 3 ครั้ง ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที Hct 41.9% เกล็ดเลือดต่ำ 69,000  $cell/mm^3$  ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารอ่อนงดดื่มน้ำแข็งเพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากโรค

9 กุมภาพันธ์ 2563 ติดตามเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วย พบผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/70 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที Hct 41.9% เกล็ดเลือดต่ำ 73,000  $cell/mm^3$  รับประทานอาหารได้มากขึ้นให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารอ่อนงดดื่มน้ำแข็ง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

11 กุมภาพันธ์ 2563 จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน อาการทั่วไปรู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้มากขึ้น อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที Hct 39.5% เกล็ดเลือดต่ำ 75,000  $cell/mm^3$  และนัดติดตามอาการ 3 วัน ที่โรงพยาบาลบึงนาราง

14 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลบึงนารางตรงนัด อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อาการทั่วไปปกติ ผลการตรวจเลือดปกติ Hct 39.5% เกล็ดเลือดต่ำ 337,000  $cell/mm^3$

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ แนะนำการปฏิบัติเรื่องของการป้องกันไข้เลือดออก

- 1) เก็บบ้านให้สะอาด
- 2) เก็บสิ่งแฉดล้อมให้สะอาดไม่ให้เป็นที่อยู่ของยุง
- 3) เก็บทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

### การพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ประกอบด้วย

#### ปัญหาที่ 1

มีภาวะไข้ปวดศีรษะ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส  
วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุณหภูมิให้อยู่ในภาวะปกติและผู้ป่วยสุขสบาย

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

ให้ยา Paracetamal 500 mg ตามการรักษาของแพทย์ เช็ดตัวลดไข้ ประเมินซ้ำ 30 นาที บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนดูแลให้สารน้ำตามการรักษาของแพทย์

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส

#### ปัญหาที่ 2

เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากมีการรั่วของพลาสมาและ  
เกล็ดเลือดต่ำ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะช็อค

#### กิจกรรมทางการพยาบาล

วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นที่แสดงว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อค เช่น ปวดท้องมาก อาเจียนซึมลง กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ซึ่งเป็นอาการนำเข้าไปสู่ภาวะช็อค คืออุณหภูมิต่ำ



ชีพจรเต้นเร็วแต่เบา การลดลงของ Pulse pressure ที่น้อยกว่า 20 mmHg

### การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส

### ปัญหาที่ 3

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย

### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. อธิบายญาติและผู้ป่วยถึงเหตุผลในการส่งต่อให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล
2. ประสานข้อมูลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ทั้งประวัติการรักษาและการรักษาที่ได้รับสัญญาณชีพระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาลโพทะเล
3. ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ในรถพยาบาล และเครื่องมือให้พร้อมใช้
4. จัดเตรียมรถพยาบาลให้พร้อมใช้ และควบคุมการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถพยาบาลให้ปฏิบัติตามกฎการขับที่ปลอดภัยระมัดระวังการกระแทก
5. จัดเตรียมประวัติการรักษาและใบส่งตัวผู้ป่วยให้ครบถ้วน
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาระหว่างการส่งต่อ
7. ตรวจวัดสัญญาณชีพระหว่างส่งต่อ พร้อมบันทึก
8. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเคลื่อนย้าย
9. เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยขณะส่งต่ออย่างใกล้ชิดตลอดเวลาการส่งต่อ
10. รายงานประวัติ อาการผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับแก่ทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลโพทะเล

### ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อถึงโรงพยาบาลโพทะเลอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ

### ปัญหาที่ 4

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและอาหารเนื่องจากเจ็บคอและอ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอต่อร่างกาย

### กิจกรรมทางการพยาบาล

(ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโพทะเล เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว)

1. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด
2. แนะนำให้ดื่มน้ำเกลือแร่ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
4. แนะนำงดอาหารที่มีสีดํา สีแดง หรือสีน้ำตาล เนื่องจากอาจทำให้มีปัญหาในการประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยอาเจียนเป็นสีดํา
5. ให้อาหารบดหลังรับประทานยาทุกครั้ง
6. สังเกตที่ซึ่งการขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง แดก เป็นต้น

### การประเมินผล

ผู้ป่วยริมฝีปากไม่แห้ง รับประทานอาหารและน้ำได้

### ปัญหาที่ 5

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลในโรคไขเลือดออก

### วัตถุประสงค์

เพื่อลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติในโรคที่เป็นอยู่

### กิจกรรมทางการพยาบาล

(ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโพทะเล)

ให้การพยาบาลใกล้ชิด นุ่มนวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้แก่สาเหตุอาการ และอาการแสดงแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับพร้อมเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยพูดคุยซักถาม



## ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## วิจารณ์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้เป็นโรคไข้เลือดออกเดงกี มาด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ รักษาที่โรงพยาบาลบึงนาราง ประวัติการคัดกรองตรวจวินิจฉัยโรค ถูกต้อง แม่นยำ ทำให้สามารถให้การรักษาพยาบาลได้รวดเร็วทันเวลา แต่ผู้ป่วยต้องรับไว้วันนอนโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลบึงนารางไม่มีเตียงสำหรับรับไว้วันนอนโรงพยาบาล จึงต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโพทะเล ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยต้องมีการส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล จึงประสานข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลการรักษาระหว่างโรงพยาบาลรวมทั้งต้องมีความปลอดภัยและความพร้อมของรถพยาบาล

นอกจากนี้โรคไข้เลือดออกเดงกี เป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ดังนั้นจึงต้องประสานพื้นที่เครือข่ายในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ หรือการระบาดในพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือในชุมชน จากการติดตามผู้ป่วยรายนี้ พบผู้ป่วยมีการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ในส่วนการควบคุมโรคพบว่า ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อในระยะ 28 วัน

## สรุป

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันจึงต้องได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อการรายงานแพทย์และการแก้ไขอาการผิดปกติอย่างทันท่วงที โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตป้องกันภาวะช็อกและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พยาบาลได้ใช้ความรู้และหลักการพยาบาลตามระยะการดำเนินโรคที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค พยาธิสภาพและการทำงานที่เกี่ยวข้องกันของระบบต่างๆ ในร่างกาย ต้องมีทักษะในการคัดกรองประเมินและเฝ้าระวังเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. กมลวิช เล่าประสพพัฒนา. การติดเชื้อไวรัสเดงกีจากทฤษฎีสู่ปฏิบัติ. สงขลา : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2560 : 135-141.
2. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. [สืบค้นวันที่ 21 ธันวาคม 2562] สืบค้นได้จาก [www.facebook.com/thaivbd](http://www.facebook.com/thaivbd).
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดพิจิตร. [สืบค้นวันที่ 21 ธันวาคม 2562] สืบค้นได้จาก <http://www.ppho.go.th>.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. รายงานการประเมินผลงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. เอกสารตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 3 ครั้งที่ 1/2561 วันที่ 19-21 กุมภาพันธ์ 2561. พิจิตร : มปท; 2561 : 118.
5. ญัฐชัย ศรีสวัสดิ์. กลไกการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสเดงกี. ใน ญัฐชัย ศรีสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เดงกี. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2561 : 51.
6. อีรพงษ์ ตันทวิเชียร. โรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้ใหญ่. ใน ญัฐชัย ศรีสวัสดิ์, บรรณาธิการ. เดงกี. กรุงเทพฯ : เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2561 : 40-61.
7. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกตามระยะโรค. ใน เสรี ตูจินดา, บรรณาธิการ แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557: 52-70.

## “วิกฤต COVID -19 จากความตื่นตัวของสังคมไทยถึงการบูรณาการ ดำเนินงานของทีมจังหวัดพิจิตรที่เข้มแข็ง”



การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นวิกฤติที่นานาประเทศให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด เหตุการณ์ดังกล่าวสร้างความตื่นตัวและความหวาดกลัวให้คนทั่วโลก หลังจากมีการรายงานการพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบหลายรายในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อปลายปี 2562 และขณะนี้ ยังคงปรากฏการแพร่กระจายในหลายประเทศ ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อในวงกว้างที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศ“ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโลก” และได้ยกระดับการเตือนภัยความเสี่ยงการระบาดไปทั่วโลกของโรคโควิด-19 ให้อยู่ในระดับ "สูงมาก" ซึ่งเป็นระดับสูงสุด รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563<sup>(1)</sup> โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกประเทศจีน ผู้ป่วยรายดังกล่าวเป็นหญิงชาวจีน อายุ 61 ปี มีถิ่นฐานอยู่ในนครอู่ฮั่น ผู้ป่วยไม่เคยเดินทางไปย้งตลาดอาหารทะเลหาวหนานมาก่อน แต่เคยไปที่ตลาดอื่น วันที่ 5 มกราคม 2563 ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ มีไข้ มีอาการหนาวสั่น และปวดศีรษะ วันที่ 8 มกราคม 2563

ธีระพงษ์ แก้วอมร พ.บ., ส.ม.

วิศิษฐ์ อภิลิทธิวิทยา พ.บ., วว.สาขาอายุรศาสตร์

ประทีป จันทรสิงห์ พ.บ., วว.สาขาศัลยศาสตร์

ได้เดินทางกับครอบครัว และกลุ่มทัวร์จากนครอู่ฮั่นมายังท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ โดยผู้ป่วยรายดังกล่าวถูกตรวจพบด้วยกล้องตรวจจับความร้อน และถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลในวันเดียวกัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยมีมาตรการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศอย่างเข้มข้น ตลอดเดือนมกราคมพบผู้ป่วยประปราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประวัติการเดินทางมาจากหรือเป็นผู้ที่พำนักอยู่ในประเทศจีน เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 มีการยืนยันรายงานการติดเชื้อภายในประเทศไทยเป็นรายแรก ผู้ป่วยเป็นชาวไทย มีอาชีพขับแท็กซี่ ไม่มีประวัติเดินทางไปประเทศจีน และนั่นคือจุดที่ทำให้เกิดการตื่นกลัว ตื่นตระหนกของประชาชนในประเทศไทย ตลอดเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวนผู้ป่วยยังคงมีไม่มาก มีผู้ป่วยยืนยัน 40 ราย แต่เมื่อสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2563 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลางเดือนมีนาคม 2563 มีการระบุว่าพบการแพร่เชื้อในหลายกลุ่ม กลุ่มใหญ่สุดเกิดที่สนามมวยเวทีลุมพินี จากข้อมูลกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(2)</sup> พบว่าตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2563 จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้น 100 คนต่อวันติดต่อกันหลายวัน จนกระทั่งวันที่ 9 เมษายน 2563 จำนวนผู้ป่วยยืนยันลดลงเหลือเพียง 54 ราย หลังจากนั้นก็พบผู้ป่วย เฉลี่ยวันละ 30 ราย จนกระทั่งปลายเดือนพฤษภาคม 2563 จำนวนผู้ป่วยยืนยันลดลงเหลือเพียงวันละไม่กี่ราย ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่

เป็นผู้ที่เดินทางมาจากท้องที่นอกราชอาณาจักร ซึ่งได้รับการกักตัวในสถานที่รัฐจัดเตรียมให้ (State Quarantine)

ในส่วนของการตอบสนองของรัฐบาลต่อการระบาด<sup>(1)</sup> เริ่มจากการคัดกรองและการติดตามการสัมผัส มีการคัดกรองโควิด-19 บริเวณท่าอากาศยานนานาชาติ ตลอดจนมีการเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยาม ผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation: PUI) ที่สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ในผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เขตติดโรคติดต่ออันตราย พื้นที่ระบาด หรือพื้นที่เสี่ยง หรือผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยัน หรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงกรณีที่เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อน บุคคลที่เดินทางมาจากประเทศเสี่ยงสูงจะได้รับคำแนะนำให้กักตนเอง แต่ยังไม่มีการจำกัดการเดินทาง จนวันที่ 5 มีนาคม 2563 และวันที่ 19 มีนาคม 2563 มีประกาศเพิ่มเติมให้ต้องมีเอกสารการแพทย์รับรองการเดินทางระหว่างประเทศ และคนต่างด้าวต้องมีประกันสุขภาพ ปลายเดือนมีนาคม 2563 สถานที่สาธารณะและธุรกิจห้างร้านได้รับคำสั่งให้ปิดในกรุงเทพมหานคร และอีกหลายจังหวัด นายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน มีผลวันที่ 26 มีนาคม 2563 และมีประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล ตั้งแต่คืนวันที่ 3 เมษายน 2563 พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉินยังสั่งจำหน่ายสุราชั่วคราวและให้ประชาชนชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด (มาตรการล็อกดาวน์) นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง "ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)" (ศบค.) เป็นหน่วยงานพิเศษเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการ ซึ่งมาตรการดังกล่าว มีการผ่อนคลายเป็นระยะๆ



จังหวัดพิจิตร ถึงแม้ว่ายังไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ก็ได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มข้น จริงจัง โดยใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นกลไกหลักทางด้านกฎหมายมาใช้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค มีนายสิริรัฐ ชุมอุปการ ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร เป็นประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

นอกเหนือจากการใช้กระบวนการด้านกฎหมาย จังหวัดพิจิตรยังมีการตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน(EOC) มาเป็นกลไกในการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งมีการแบ่งภารกิจด้านต่างๆ ให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินการตัดสินใจ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander : IC) ระดับจังหวัด มีการแบ่งภารกิจทั้งหมด 7 ทีม และมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตรกำกับดูแล ดังนี้

**ทีมที่ (1)-(4) มีนายสุเทพ วงษ์พานิช รองผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร กำกับดูแล**

(1) ทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT: Situation Awareness Team) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เป็นประธาน

(2) ทีมยุทธศาสตร์ หัวหน้าสำนักงานป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดพิจิตร เป็นประธาน

(3) ทีมปฏิบัติการ (Operation) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตรเป็นประธาน

(4) ทีมสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ประชาสัมพันธ์จังหวัดพิจิตร เป็นประธาน

**ทีมที่ (5)-(7) มีนายพยนต์ อัศวพิชยนต์ รองผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร กำกับดูแล**

(5) การเงิน และงบประมาณ ปลัดจังหวัดพิจิตร เป็นประธาน

(6) กฎหมาย ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดพิจิตร เป็นประธาน

(7) ทีมทรัพยากร และส่งกำลังบำรุง (Logistics) พาณิชยจังหวัดพิจิตร เป็นประธาน



และมีนายอำเภอทุกแห่ง เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander: IC) ระดับอำเภอ มีการจัดโครงสร้าง EOC ที่สอดคล้องกันไปจากระดับจังหวัด

**จากโครงสร้างระบบที่ชัดเจน** ทำให้เกิดกระบวนการทำงานในแต่ละด้านที่ต้องมีการประสานงานกันทั้งระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล มีการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด , ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (ศบค.) จังหวัด, คณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ (EOC&ICS) กรณีรับทราบระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพิจิตร และผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินจังหวัดพิจิตร ทุกวันพุธ จากการประชุมทุกวันพุธ ทำให้มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อนำมาปรับใช้ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ โดยได้รับการสนับสนุนทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด พานิชย์จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด หน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชน ตัวอย่างเช่น

**ด้านงบประมาณ** มีการอนุมัติการจ่ายค่าอาหารให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำจุดตั้งด่านตรวจคัดกรอง COVID-19, ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการของหน่วยบริหารในการจัดทำข้อมูล, ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยกรณีรักษาผู้ป่วย PUI ในสถานพยาบาล, การสอบสวนโรคในผู้ป่วยสงสัย, การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

**ด้านวัสดุ** มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ด่านหน้าจากหลายหน่วยงาน เช่น แอลกอฮอล์ (สำนักงานบริหารกิจการเหล่ากาชาด), หน้ากากอนามัย (มหาดไทย), กล้องตรวจจับอุณหภูมิ, เครื่องตรวจจับอุณหภูมิตัวเล็ก, ชุด Cover All, เครื่องวัดอุณหภูมิแบบอินฟราเรด, มี Local Quarantine ระดับจังหวัด สามารถรองรับได้ 314 คน

และมี Local Quarantine ระดับอำเภอ สามารถรองรับได้ 201 คน, โรงพยาบาลสนาม 78 เตียง เป็นต้น

**ด้านบุคลากร** มีการแบ่งทีมหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด เพื่อตรวจเยี่ยม ให้กำลังใจ รวมทั้งร่วมแก้ไขปัญหาที่จะเกิดในพื้นที่ ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ด่านหน้า, มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ, การสอบสวนโรคในพื้นที่, การสวมใส่ชุดป้องกันตนเองในทุกโรงพยาบาล รวมโรงพยาบาลเอกชนทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ด่านหน้า



นอกจากจะมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างของระบบ ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ จังหวัดพิจิตรยังมีมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เข้มข้น จริงจัง ทำต่อเนื่อง และบูรณาการกับหลายหน่วยงาน เช่น ตรวจคนเข้าเมือง, ตำรวจ, ทหาร, ปกครอง เป็นต้น มาตรการเฝ้าระวังที่สำคัญ ได้แก่

1) การดูแลผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เขตติดโรคติดต่ออันตราย พื้นที่ระบาดต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างมหาดไทย สาธารณสุข ตรวจคนเข้าเมือง ทหาร ตำรวจ ปกครอง ขนส่ง มีการประสานรายชื่อผู้ที่จะเดินทางเข้ามาในจังหวัดพิจิตรโดยตรวจคนเข้าเมือง ซึ่งรายชื่อดังกล่าวส่วนใหญ่จะได้รับจากตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดพิจิตรก่อนที่จะได้รับแจ้งจากส่วนกลาง ทำให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อม โดยทีมปกครองจะรับผิดชอบดูแลสถานที่กักกัน จัดเวรยามดูแลสถานที่กักกัน ทีมสาธารณสุข จะรับผิดชอบการติดตามวัดไข้ทุกวันและหากผู้ที่ได้รับการกักกันไม่ให้ความร่วมมือใน

การเข้ารับการกักกัน ก็สามารถแจ้งทหาร หรือ ตำรวจ ให้เข้ามาร่วมดำเนินการได้ทันที ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จากทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT: Situation Awareness Team) จังหวัดพิจิตรมีผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เขตติดโรคติดต่ออันตราย พื้นที่ระบอบต่อเนื่อง จำนวน 165 ราย ขณะนี้พื้นที่เฝ้าระวังแล้วทุกราย



**2) การคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดอย่างเข้มข้น** โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางมาจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ ปทุมธานี) ผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศ (ภูเก็ต ชลบุรี ปัตตานี เชียงใหม่ ยะลา สงขลา นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช ประจวบคีรีขันธ์ บุรีรัมย์) และผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดใกล้เคียงที่พบผู้ป่วยยืนยัน (พิษณุโลก, เพชรบูรณ์, นครสวรรค์) โดยผู้ที่เดินทางเข้า-ออกในจังหวัดพิจิตรทุกราย ต้องไปรายงานตัวที่กักกัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ที่ว่าการอำเภอ หรือ สำนักงานเทศบาล หรือ รพ.สต. และต้องมีการซักประวัติตามนิยามเสี่ยง เช่น เคยไปสถานที่เสี่ยง ที่มีคนแออัดเบียดเสียด สถานที่ชุมนุมชน งานแสดงสินค้า สนามสอบต่างๆ ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากพบว่าเข้านิยามเสี่ยง ต้องให้เฝ้าระวังอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน (Home Quarantine) โดยให้วัดอุณหภูมิร่างกาย รายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกวัน และงดการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ

ส่วนผู้ที่ไม่เข้านิยามเสี่ยง ให้เฝ้าระวังอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จากทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตรมีผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด จำนวน 18,087 ราย พื้นที่เฝ้าระวัง 16,460 ราย อยู่ในระยะเฝ้าระวัง 1,597 ราย

สำหรับผู้ที่เดินทางกลับมาจากจังหวัดชลบุรี (กรณีเดินทางกลับมาเป็นหมู่คณะ) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีมติให้ดำเนินการกักตัว Local Quarantine จนครบ 14 วัน จึงจะให้กลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จากทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตรมีผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดชลบุรี จำนวน 64 ราย พื้นที่เฝ้าระวังแล้วทุกราย

ส่วนผู้ที่เดินทางกลับมาจากภูเก็ต หากมีใบรับรองการกักตัวมาจากภูเก็ตครบ 14 วัน จะขอความร่วมมือให้กักตัวที่บ้านที่พิจิตรต่ออีก 14 วัน (โดยต้องแยกห้องนอน ไม่รับประทานอาหารและใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการพูดคุยใกล้ชิดกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการติดเตียง เป็นต้น) ส่วนผู้ที่ไม่มียืนยันใบรับรองการกักตัว ต้องเข้ารับการกักตัวที่ Local Quarantine ของจังหวัด หรือ อำเภอ อีกทั้งต้องได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จากทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตรมีผู้ที่เดินทางมาจากจังหวัดภูเก็ต จำนวน 85 ราย พื้นที่เฝ้าระวัง 80 ราย อยู่ในระยะเฝ้าระวัง 5 ราย ได้รับการตรวจหาตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยวิธี Real-time RT-PCR จำนวน 14 ราย ผลไม่พบสารพันธุกรรมเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และตรวจสารพันธุกรรมไวรัสโคโรนา 2019 (SAR CoV-2) แบบ Pooled Sample โดยใช้ตัวอย่างจากน้ำลาย จำนวน 36 ราย ผลตรวจ SARS-CoV-2 not detected (ไม่พบสารพันธุกรรมของไวรัสโคโรนาของยีน N และยีน RdRp)

**3) การคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด เข้าพักโรงแรมในจังหวัดพิจิตร** เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการไข้ และมีอาการระบบทางเดินหายใจที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดพิจิตร จึงมีคำสั่งให้ผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรมตามพระราชบัญญัติโรงแรม พ.ศ. 2547 ทุกประเภท และผู้ประกอบการที่เปิดให้บริการที่พักในลักษณะเดียวกันทุกแห่ง (ยกเว้น โรงแรมหรือสถานประกอบการ ซึ่งทางราชการใช้เป็นโรงพยาบาลสนามหรือสถานที่พักเพื่อกักกันไว้สังเกตอาการ หรือใช้เพื่อประโยชน์อื่นใดในทางราชการในการแก้ไขปัญหาตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019) ให้ดำเนินการบันทึกสอบสวนข้อมูลผู้เข้าพักทุกคนตามแบบที่กำหนด และให้รายงานข้อมูลดังกล่าวให้อำเภอทราบทันทีที่มีการดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้เข้าพัก<sup>(3)</sup> ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 จังหวัดพิจิตรมีผู้ที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด เข้าพักโรงแรมในจังหวัดพิจิตร จำนวน 1,958 ราย พบผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) จำนวน 1 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบสารพันธุกรรมเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

**4) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ** กรณีพบผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยัน และผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยการเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab (NPS) และ Throat swab (TS) เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยวิธี Real-time RT-PCR จำนวน 71 ราย ผลไม่พบสารพันธุกรรมเชื้อก่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดัง **ตารางที่ 1** จำนวนผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยัน และผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ได้รับการเก็บตัวอย่างส่ง

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ จังหวัดพิจิตร ตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 – 31 พฤษภาคม 2563

ลำดับ	รายการ	ส่งตรวจ (ราย)	ไม่พบเชื้อ (ราย)
1	ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI)	50	50
	- ในจังหวัด	46	46
	- ต่างจังหวัด	4	4
2	ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง	14	14
3	ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยัน COVID-19	7	7
<b>รวม</b>		<b>71</b>	<b>71</b>

ที่มา: ทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตร

**5) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร** มีมติให้ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุกของจังหวัดพิจิตร โดยการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างปกครอง

สาธารณสุข ตรวจคนเข้าเมือง ทหาร ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจ เพื่อตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

**5.1 จัดทีมบูรณาการ** วัดไข้ประชาชนทุกคนในพื้นที่ชุมชนแออัด 54 แห่ง กลุ่มแรงงานต่างด้าวทุกคนในทุกอำเภอ จำนวน 2,079 หลังคาเรือน ประชากร 8,115 คน หากพบผู้ที่มีอาการไข้ (วัดอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) ให้ดำเนินการตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผลการดำเนินงานไม่พบผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายสูงเกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส





### 5.2 ตรวจสอบการปนเปื้อนไวรัสโคโรนา 2019

(SAR CoV-2) แบบ Pooled Sample โดยใช้ตัวอย่างจากน้ำลาย จำนวน 538 ตัวอย่าง โดยกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมีทั้งหมด 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. ผู้ต้องขังรายใหม่
3. กลุ่มอาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก ได้แก่ คนขับหรือพนักงานประจำรถสาธารณะ พนักงานไปรษณีย์ และพนักงานส่งของ

4. กลุ่มอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าว ในแคมป์ก่อสร้าง กลุ่มแรงงานที่อยู่ในหอพักเดียวกันจำนวนมาก

จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดที่ยังไม่พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการค้นหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance) ให้ได้ถึงกลุ่มประชาชน และผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จริง อีกทั้งเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง ให้มั่นใจในการควบคุมป้องกันโรคในระยะยาว คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร จึงได้กำหนดเป้าหมายการค้นหา ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนเป้าหมายการค้นหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance) จังหวัดพิจิตร

1. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	2. ผู้ต้องขังรายใหม่	3. กลุ่มอาชีพที่พบปะผู้คนจำนวนมาก	4. กลุ่มอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจารณา					รวม
			ชุมชนแออัด	อสม.	เดินทางมาจาก (ภูเก็ต)	จนท. เรือนจำ	ต่างด้าว	
42	30	51	153	145	36	8	73	538

ที่มา : ทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตร จากการตั้งเป้าหมายของจังหวัดพิจิตร ค่อนข้างท้าทายในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป้าหมายส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่มีสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่เอื้อต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานต่างด้าว หรือกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง จึงต้องมีการวางแผนการเก็บตัวอย่างฯ ที่ดี มีการบูรณาการเก็บตัวอย่างฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ทหาร ปกครอง

ตรวจคนเข้าเมือง โดยในแต่ละอำเภอดำเนินการเก็บตัวอย่างได้แล้วเสร็จภายในวันเดียว จังหวัดพิจิตร มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ในวันที่ 22, 25, 26, 27 พฤษภาคม 2563 ผลการตรวจดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนไวรัสโคโรนา 2019 (SAR CoV-2)แบบ Pooled Sample โดยใช้ตัวอย่างจากน้ำลาย ในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance) จังหวัดพิจิตร

วันที่เก็บตัวอย่าง	เป้าหมาย (ราย)	ผลการตรวจ
22 พฤษภาคม 2563	345	SARS-CoV-2 not detected
25 พฤษภาคม 2563	17	SARS-CoV-2 not detected
26 พฤษภาคม 2563	122	SARS-CoV-2 not detected
27 พฤษภาคม 2563	54	SARS-CoV-2 not detected
<b>รวม</b>	<b>538</b>	

ที่มา : ทีมเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ (SAT) จังหวัดพิจิตร

**6.มาตรการด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์** จังหวัดพิจิตร มีทีมสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) โดยประชาสัมพันธ์จังหวัดพิจิตร เป็นประธาน มีการสื่อสารสถานการณ์ประจำวัน การดำเนินงานต่างๆ ของจังหวัดพิจิตร ทั้งโดยการออกรายการวิทยุ จัดทำสื่อสร้างสรรค์ ตอบคำถามประชาชนผ่านทางช่องทางออนไลน์ต่างๆ ในเรื่องวิธีการดูแลสุขอนามัยที่ถูกต้อง มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม มาตรการการผ่อนคลายต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักถึงสถานการณ์ แต่ไม่ก่อให้เกิดความตระหนกแก่ประชาชน จึงนำพาไปสู่ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและประชาชน จากการทำนงงานของจังหวัดพิจิตรทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถถอดบทเรียนสรุปเป็น **ปัจจัยที่นำไปสู่การควบคุมโรคได้สำเร็จ 3 ปัจจัย ดังนี้**

#### **ปัจจัย 1 การมีระบบควบคุมโรคติดต่อที่เข้มแข็ง**

1.1 มีโครงสร้าง การทำงานอย่างชัดเจน แยกบทบาท และหน้าที่ของแต่ละส่วน ทำหน้าที่ของตัวเองอย่างเข้มแข็ง มีการประเมินผล ติดตาม พร้อมให้ข้อเสนอแนะโดยผู้บริหารระดับจังหวัดทุกสัปดาห์ ทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเห็นเป็นรูปธรรม โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการ และมีการใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นกลไกหลักในการบังคับใช้ด้านกฎหมาย

1.2 ประชาชนมีความตระหนักต่อความรุนแรงของปัญหาตั้งแต่ต้น ให้ความร่วมมือดี ทำให้สามารถตอบสนองมาตรการต่างๆ ได้ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

1.3 ถึงแม้สถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ประกอบกับมาตรการที่ผ่อนคลาย แต่มาตรการบางอย่างยังคงมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด เช่น การตรวจวัดอุณหภูมิ การบังคับใส่หน้ากากอนามัย การบันทึกประวัติการเข้าออกสถานที่ การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ความใจต่อสถานการณ์และการป้องกันโรค

#### **ปัจจัยที่ 2 การตรวจ ติดตาม และกักกัน อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ**

2.1 มาตรการตรวจ ติดตาม กักกันตัวผู้ที่มีความเสี่ยง คัดกรองผู้ที่เดินทางเข้า-ออกจังหวัดอย่างได้ผล มีการควบคุมกำกับแบบบูรณาการจากหลายหน่วยงาน เช่น ปกครอง ตำรวจ ตรวจคนเข้าเมือง สาธารณสุข ภาคเอกชน (ธุรกิจโรงแรม) เป็นต้น มีการประสานข้อมูลที่รวดเร็ว แม่นยำ ชัดเจน ทำให้มีการตรวจจับการเกิดโรคได้อย่างรวดเร็ว จึงมีการส่งตรวจผู้ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) ได้ทันทั่วถึง

2.2 มีการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ ทำให้การทำงานราบรื่น ไม่ติดขัด และแก้ปัญหา

#### **ปัจจัยที่ 3 การสื่อสารที่โปร่งใสและชัดเจน**

ถึงแม้มาตรการจะถูกออกแบบมารัดกุมแค่ไหน ก็ล้มเหลวได้ หากประชาชนไม่ปฏิบัติตาม การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการนำเสนอสถานการณ์ที่แท้จริงของระดับประเทศ และระดับจังหวัด เป็นประจำทุกวัน เพื่อสร้างความตระหนักถึงสถานการณ์ แต่ไม่ก่อให้เกิดความตระหนกซึ่งสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดพิจิตร ได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงได้จัดการสื่อสารที่โปร่งใส ชัดเจน เข้าใจง่าย นำไปสู่ความร่วมมือที่ดีในทุกภาคส่วน ทุกระดับ

#### **เอกสารอ้างอิง**

1. การระบาดของตัวของไวรัสโคโรนาในประเทศไทย พ.ศ. 2563. [วันที่ค้นข้อมูล 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://th.wikipedia.org/wiki/การระบาดของตัวของไวรัสโคโรนาในประเทศไทย พ.ศ.2563>.
2. รายงาน COVID-19 ประจำวัน. [วันที่ค้นข้อมูล 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>.
3. รวมประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิจิตร คำสั่งจังหวัดพิจิตรและอื่นๆ(ณ). [วันที่ค้นข้อมูล 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.phichit.go.th/phichit/index.php/covid-announce>.

## เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน

## Photalae'Children Healthy Teeth, Start with Tooth Brushing

ธัญญาภรณ์ ไใหญ่เจริญ ท.บ., ส.ม.

งานทันตกรรม โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร

## หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>(1)</sup> ที่สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ พบว่าปัญหาฟันผุในเด็ก มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่นิยมกินอาหารหรือขนมที่หาซื้อได้ง่าย เช่น เครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ เฉลี่ยวันละ 1 ครั้ง พฤติกรรมเหล่านี้นอกจากจะทำให้เกิดฟันผุในเด็กแล้ว ยังก่อให้เกิดการเจ็บปวด การติดเชื้อ และสร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนักและการเจริญเติบโต รวมทั้งบุคลิกภาพของเด็ก ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้เด็กหยุดเรียนและปัญหาฟันผุ นำไปสู่การสูญเสียฟันในวัยเด็ก และอาจสะสมจนต้องสูญเสียฟันทั้งปาก ในวัยสูงอายุตามมา

การส่งเสริมพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ ควรเริ่มตั้งแต่วัยเรียน เพื่อสร้างสุขนิสัยการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 6-7 ปี (ชั้นประถมศึกษาปีที่1) เป็นวัยที่ฟันแท้เริ่มขึ้นในช่องปากโดยการส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรค ร่วมกับการให้บริการทันตกรรมแบบผสมผสาน จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการสูญเสียฟันได้ทันช่วงที่ก่อนที่จะเกิดอาการหรือก่อนที่โรคจะลุกลามไปมาก

โรงพยาบาลโพทะเลจึงได้จัดทำโครงการ“เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน” ปีงบประมาณ 2562 ขึ้น เพื่อให้นักเรียนชั้น ป.1 ทุกคนในอำเภอโพทะเลได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุได้

จากข้อมูล Health Data Center ( HDC ) กระทรวงสาธารณสุข<sup>(2)</sup> และงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร<sup>(3)</sup> พบว่าอำเภอโพทะเล ยังพบว่าเด็กอายุ 6 ปีมีฟันผุในฟันแท้เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ร้อยละเด็กอายุ 6 ปี มีฟันผุในฟันแท้ ปี พ.ศ. 2559- 2561

ข้อมูล	ปี พ.ศ. 2559 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2560 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ. 2561 (ร้อยละ)
เขต3	6.25	8.18	6.49
จังหวัดพิจิตร	6.6	8.17	10.1
อำเภอโพทะเล	4.74	3.75	8.00

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพทะเล ได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอย่างครบถ้วน
2. เพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพทะเล ได้ฝึกทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี

### วิธีการดำเนินงาน

เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอโพทะเล ปีการศึกษา 2561 จำนวน 425 คน จากโรงเรียนระดับประถมศึกษา 29 โรงเรียน ระยะเวลาดำเนินงาน 7 ธันวาคม 2561 ถึง 18 ธันวาคม 2561 แบ่งการดำเนินงานกิจกรรมเป็น 3 วันมีรายละเอียด ดังนี้

วัน/เดือน/ปี	สถานที่ดำเนินกิจกรรม	จำนวนโรงเรียน (โรงเรียน)	จำนวนนักเรียน (คน)
วันที่ 7 ธันวาคม 2561	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนอง	12	148
วันที่ 13 ธันวาคม 2561	โรงพยาบาลโพทะเล	6	140
วันที่ 18 ธันวาคม 2561	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบัว	11	137

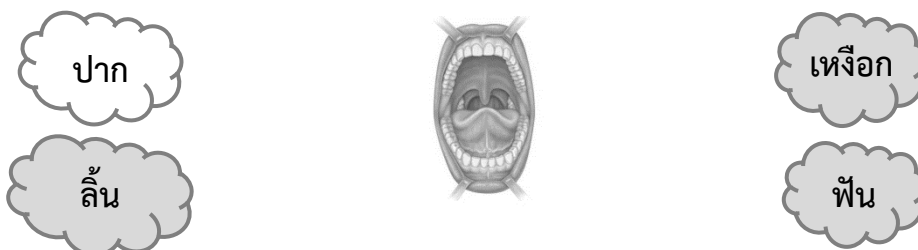
กิจกรรมจะแบ่งเป็นฐาน 6 ฐาน โดยมีผู้รับผิดชอบจำนวนในแต่ละฐาน 3 คน มีการจัดกิจกรรม คือ

- ฐานโรคเหงือกอักเสบ ให้ทันตสุขภาพเกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ ลักษณะและสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบ
- ฐานโรคฟันผุ ให้ทันตสุขภาพเกี่ยวกับฟันโรคฟันผุ และโรคที่เกิดขึ้นในช่องปาก ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคฟันผุ
- ฐานการแปรงฟัน สาธิตการแปรงฟันแบบ Horizontal technic กับโมเดลสอนแปรงฟัน มีการเคี้ยวเม็ดสีย้อมคราบจุลินทรีย์ ประเมินการเกาะติดคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังจากการแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดยทันตบุคลากรและบันทึกค่า Plaque Index ในแบบฟอร์มติดตามผลประสิทธิภาพการแปรงฟัน และสรุปผลประสิทธิภาพการแปรงฟัน

- ฐานอาหาร มีการนำอาหารที่มีอยู่ในท้องตลาดมาให้เด็กเลือกใส่ตะกร้าเพื่อดูว่าอาหารประเภทไหนมีประโยชน์ ไม่ทำให้เกิดฟันผุ อาหารประเภทไหนไม่มีประโยชน์ ทำให้เกิดฟันผุและโรคอ้วน
- ฐานการตรวจฟัน มีการจับคู่ผลัดกันตรวจนับจำนวนซี่ฟันจำนวนฟันผุและมีแบบบันทึกการตรวจฟันมีการสอบถามถึงพฤติกรรมแปรงฟันที่บ้านและที่โรงเรียน รวมทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหาร
- ฐานหมอฟัน ตรวจฟันจริงๆบนเก้าอี้ทำฟันใช้อุปกรณ์เครื่องมือจริงๆในการตรวจฟัน อธิบายขั้นตอนการทำฟัน การเคลื่อนที่การทำงานของเก้าอี้ทำฟัน

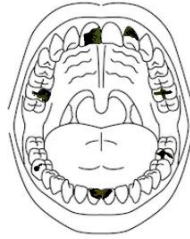
การดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพก่อน และหลังร่วมกิจกรรม ซึ่งมีทั้งแบบโยงภาพ วงกลมและทำเครื่องหมายถูกผิด

1. “อวัยวะภายในช่องปาก” ให้นักเรียนโยงข้อความที่วิทยากรอ่านไปยังภาพอวัยวะให้ตรงกัน (4 คะแนน)

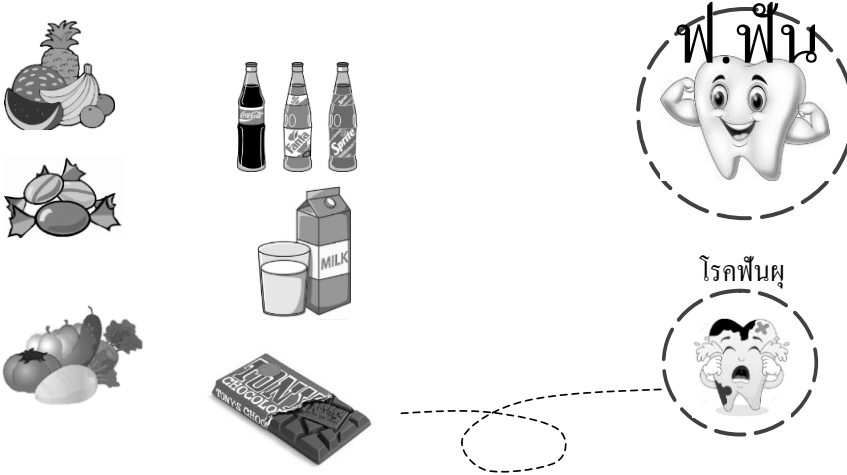


2. “โรคฟันผุ” ให้นักเรียนวงกลมซี่ฟันที่เป็นโรคฟันผุ (4 คะแนน)

ภาพที่ 2 แสดงลักษณะโรคฟันผุ



3. “อาหาร” ให้นักเรียนจับคู่ภาพอาหารที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ และอาหารที่ทำให้ฟันแข็งแรง (6 คะแนน)



4. “การแปรงฟัน” ให้นักเรียนใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ถูกต้อง และใส่เครื่องหมาย ✗ หน้าข้อที่ผิด (6 คะแนน)

- ..... 1. ควรแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร เช้า/กลางวัน/เย็น
- ..... 2. ควรใช้ยาสีฟันชนิดครีมที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ผสมอยู่เพื่อช่วยป้องกันฟันผุ
- ..... 3. แปรงฟันแรงๆ ฟันจะได้สะอาดและแข็งแรง
- ..... 4. ใช้ขนแปรงสีฟันแบบแข็ง เพื่อป้องกันฟันผุ
- ..... 5. ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันทุกๆ 2-3 เดือน หรือเมื่อขนแปรงสีฟันบาน
- ..... 6. ฟันบนแปรงปัดขึ้น ฟันล่างแปรงปัดลง



**ผลการดำเนินงาน**

จากการดำเนินโครงการ เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่  
แปรงฟัน พบว่าโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 29  
โรงเรียน คิดเป็น 100% มีนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1  
เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 419 คน

คิดเป็นร้อยละ 98.6 บรรลุตามวัตถุประสงค์  
โครงการที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับที่วางแผนร่วมกับโรงเรียน  
ทุกแห่ง โดยใช้แนวทางของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa  
Charter for Health Promotion)<sup>(4)</sup> ดังนี้

แนวทาง	กิจกรรม
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพช่องปากนักเรียน	- โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันพร้อมกันในเด็ก นักเรียนชั้นประถมศึกษา
สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเพื่อสุขภาพช่องปาก นักเรียน	- โรงเรียนจัดสถานที่สำหรับแปรงฟันหลังอาหารกลางวันให้นักเรียน - มีการจัดสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับแปรงฟันให้แก่นักเรียน ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ - มีสื่อโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับทันตสุขภาพศึกษา
ทักษะชีวิตของบุคคลเพื่อสุขภาพช่องปากนักเรียน	- มีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพที่ถูกต้อง - มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง - มีทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
การกระทำของชุมชนเพื่อสุขภาพช่องปากนักเรียน	- มีการควบคุมกำกับการแปรงฟันของนักเรียนโดย ผู้นำนักเรียน ครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ทิศทางใหม่ในการบริการ เพื่อสุขภาพช่องปาก นักเรียน	- ประเมินติดตามการกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน และที่บ้านของเด็กนักเรียนเขตอำเภอโพทะเล - การส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคร่วมกับการให้บริการทันต กรรมแบบผสมผสาน

**การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น**

1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพทะเล  
ได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอย่างครบถ้วน พิจารณา  
จากคะแนนประเมินความรู้หลังอบรม เพิ่มขึ้นจากการ  
ประเมินก่อนอบรม ร้อยละ 100

2. ได้ฝึกทักษะการแปรงฟันวิธีถูไปมา  
(Horizontal scrub) อย่างถูกวิธี พิจารณาจากควา  
จุลินทรีย์ (Plaque Index:PI)หลังแปรงฟันลดลงจาก  
ร้อยละ 19.67 เป็น 4.17

3. ความพึงพอใจของครูต่อการจัดกิจกรรม  
รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากทางโรงเรียนในการจัด  
กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารต่อเนืองที่โรงเรียนต่อไป

**วิจารณ์**

การจัดโครงการ เด็กโพทะเลฟันดี เริ่มที่แปรงฟัน ในเด็ก  
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ทำ  
ยากเนื่องจากเด็กบางคนยังเขียนชื่อตัวเองไม่ได้ บางคน  
ยังอ่านหนังสือไม่ออก หรือถ้าอ่านออกก็ยังไม่ค่อย  
คล่อง ซึ่งต้องมีพี่เลี้ยงคอยประกบ อธิบายทีละขั้นตอน  
การจัดกิจกรรมในกลุ่มนี้ต้องมีการวางแผนการทำงาน  
การประสานงานกับครูประจำชั้นและโรงเรียน รวมทั้ง  
การศึกษาข้อมูลการใช้สื่อในการสอนกลุ่มนี้ด้วย เพื่อให้การ  
เรียนรู้ที่ง่าย ได้ประโยชน์มากที่สุด โดยเริ่มจากการใช้  
รูปภาพ ใช้การโยงภาพ การกากบาท ทำเครื่องหมาย  
วงกลม ถูกหรือผิด ในการสื่อสารมากกว่าใช้เป็นตัวหนังสือ

การใช้ภาษาที่เด็กเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ใช้ภาษาที่เป็นทางการเกินไป โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>(5)</sup> ได้เสนอเทคนิคการสื่อสารเบื้องต้นที่ควรใช้กับเด็ก คือ

1. การฟังอย่างตั้งใจ เด็กจะรับรู้ได้ จากการที่ผู้ใหญ่มองหน้าสบตา มีการซักถามข้อสงสัย สรุปประเด็นเป็นระยะ

2. การพูดต้องสังเกตสีหน้า ท่าทาง แววตาเด็ก เพื่อประกอบการรับรู้และอารมณ์ของเด็ก

3. การพูดกับเด็ก ต้องตรงไปตรงมาชัดเจน กระชับ ไม่พูดซ้ำ ๆ จนเป็นลักษณะของการบ่น

4. หากมีเรื่องที่ไม่ตรงกันต้องเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็น รับฟังเหตุผล ไม่ตัดบทไม่ขัดขวาง การอธิบายของเด็ก

5. มีการชื่นชม รู้จักใช้คำพูด ขอบคุณ ขอโทษ เป็นต้น มีกิจกรรม สันทนาการ ตอบคำถามชิงรางวัล เพื่อกระตุ้นให้เด็กเกิดความสุข อยากเรียนรู้ตลอด รวมทั้งการจัดกิจกรรมแต่ละอย่างควรมีเวลาที่กระชับ เพราะเด็กจะมีความอดทนน้อย การรับรู้จะลดลงตามเวลาที่มากขึ้น ด้วยเทคนิคการแปรงฟันที่นำมาใช้ในเด็กวัยนี้คือวิธีถูไปมา (Horizontal scrub) สอดคล้องกับที่สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข<sup>(6)</sup> ได้เสนอไว้ในคู่มือผู้ดูแลเด็ก (ผดต./ครูที่เลี้ยงในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยว่าการแปรงฟันที่ง่ายและมีประสิทธิภาพดี เหมาะสมกับพัฒนาการกล้ามเนื้อของเด็ก และลักษณะฟันชุดผสมระหว่างฟันน้ำนม และฟันแท้คือเทคนิคการแปรงที่เรียกว่าวิธีถูไปมา (Horizontal scrub) คือวางแปรงในแนวนอน และขยับสั้นๆ ในแนวนอน ประมาณสิบครั้งต่อตำแหน่ง แล้วขยับเลื่อนแปรงไปยังบริเวณถัดไป โดยทำเป็นลำดับจากซ้ายไปขวา และต้องแปรงทั้งด้านนอกและด้านใน ส่วนบริเวณฟันกรามต้องแปรงด้านบดเคี้ยวด้วย โดยวางแปรงลงตรงๆ ให้ปลายขนแปรงวางอยู่บนด้านบดเคี้ยวของฟัน และขยับแปรงสั้นๆ ไปมา 20 ครั้ง

การจัดกิจกรรมในครั้งนี้ มีจุดเด่นของโครงการคือการจัดกิจกรรมเป็นฐานๆ แทนที่จะมานั่งฟังในห้องประชุม ทำให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมเด็กเกิดความสนใจอยากรู้ว่าในแต่ละฐานตนเองจะต้องเจออะไรบ้าง มีการแสดงให้เห็นจริง เช่นตรวจฟันจริง ๆ บนเก้าอี้ทำฟัน ใช้อุปกรณ์เครื่องมือจริง ๆ ในการตรวจฟันทำให้เด็กไม่กลัวเวลาไปทำฟันจริง ๆ นำอาหารมาจัดแสดงจริง ๆ มีการฝึกแปรงฟันจริง ๆ รวมทั้งมีการย้อมสีฟันเพื่อดูแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน สอดคล้องกับ ทพญ.วราภรณ์ อินทร์พงษ์พันธ์ และคณะ<sup>(7)</sup> ได้เสนอเทคนิคการกระตุ้นและพัฒนาผู้ดูแลเด็กให้แปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น ว่าปัจจุบันที่ระบบสารสนเทศ มีบทบาทมาก มีเกมส์สำหรับเด็กหลากหลายเกมส์ที่เกี่ยวกับการแปรงฟัน สามารถนำมาประยุกต์เป็นสื่อการสอนหรืออาจทำเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่นการย้อมสีฟันก่อนแปรงฟัน แล้วชี้ให้เด็กเห็น ซึ่งเด็กจะตื่นตัวกันมากกว่าตนเอง จะแปรงฟันสะอาดหรือไม่ เม็ดสีย้อมคราบจุลินทรีย์จะติดตรงไหนบ้าง ซึ่งผู้ที่ทำการตรวจการติดสีของเม็ดสีย้อมคราบจุลินทรีย์คือทันตบุคลากรที่ผ่านการอบรมชี้แจงแนวทางการตรวจการติดสีบนตัวฟัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ มีการจับคู่ผลัดกันตรวจฟันว่ามีฟันทั้งหมดกี่ซี่ มีฟันผุกี่ซี่ ลักษณะของฟันผุเป็นอย่างไร

จุดที่ควรพัฒนาของโครงการคือจัดกลุ่มเด็กควรแยกโรงเรียนจะได้ไม่คุยกัน ถ้าจัดเด็กให้อยู่กลุ่มเดียวกัน โรงเรียนเดียวกัน จะเล่นจะคุยกันจนไม่มีสมาธิในการเข้าร่วมทำกิจกรรมและต้องมีการประสานงานกับทางโรงเรียนก่อนร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในวันเวลาที่กำหนด บางครั้งทางโรงเรียนติดภาระด่วน อาจจะต้องเลื่อนให้ไปจัดกิจกรรมวันอื่นต่อไป

### สรุปผล

การจัดทำโครงการครั้งนี้ผลที่คาดว่าจะได้รับคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพทะเล มีความตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีและถูกวิธีต่อไป โดยทางโรงพยาบาลได้มีการขับเคลื่อนนโยบายการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน เช่นโรงเรียน  
ปลอดน้ำอัดลม มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ  
โรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี เพิ่มการเข้าถึงบริการ  
ทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์และความจำเป็น (Health  
needs) รวมทั้งสนับสนุนพัฒนาโรงเรียนให้รอบรู้ด้านสุขภาพ  
และ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก แก่นักเรียน  
สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข  
ประจำปี 2562<sup>(8)</sup>

### ข้อเสนอในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

1. การสอนการแปรงฟัน ควรเป็นวิดีโอ เพื่อให้เด็ก  
เข้าใจ และสนใจมากยิ่งขึ้นหรือเปิดเพลงประกอบการ  
แปรงฟันร่วมด้วย เพื่อให้เด็กมีความเพลิดเพลิน แล้วรู้สึก  
ว่าการแปรงฟันเป็นเรื่องสนุก

2. ควรมีการติดตาม และประเมินการแปรงฟันของ  
เด็กที่โรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมต่อไป โดยทันตบุคลากรว่า  
โรงเรียนได้ดำเนินโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน  
หรือไม่ และเด็ก ๆ แปรงฟันได้สะอาดมากน้อยแค่ไหน  
รวมทั้งขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กนักเรียนชั้นอื่น ๆต่อไป

3. ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการฝึก  
ทักษะการแปรงฟันของเด็กที่บ้านต่อไป

4. ควรมีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพ  
ตั้งแต่ ANC คุณภาพ ,WCCคุณภาพ ,ศพด.คุณภาพ เพื่อเด็ก  
จะได้มีสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ปฐมวัย

### บรรณานุกรม

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพ  
ช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560.  
พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์  
(กรุงเทพ). 2561
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง  
Service plane สาขาสุขภาพช่องปาก[อินเทอร์เน็ต].

2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก  
: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. รายงานผลการ  
สำรวจสถานะทันตสุขภาพประจำปี 2561. พิจิตร.  
เอกสารโรเนียว
4. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย.  
กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa  
Charter for Health Promotion 1986)  
[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน  
2562] เข้าถึงได้จาก :  
[http://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter  
1986\\_thai.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf).
5. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคม  
กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่  
เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน  
เด็กวัยเรียน 6-12ปี.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัท  
สรรพสาร จำกัด. 2560
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวง  
สาธารณสุข. คู่มือผู้ดูแลเด็ก (ผดด.) /ครูพี่เลี้ยงใน  
การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย.  
พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:สำนักกิจการโรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. ม.ป.ป.
7. วราภรณ์ อินทร์พงษ์พันธ์ และคณะ.เทคนิคการ  
กระตุ้นและพัฒนาผู้ดูแลเด็กให้แปรงฟันให้เด็กตั้งแต่  
ฟันซี่แรก:สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการบริหารจัดการ  
เพื่อจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ  
ช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็ก. 2556;92-96
8. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันต  
สาธารณสุขประจำปี 2562. พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี:  
สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ). 2562

## ภาพประกอบ



## ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชนในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

## KNOWLEDGE, ATTITUDES AND POLYPHARMACY CONSUMPTION BEHAVIOR AMONG PEOPLE IN TAPHANHIN DISTRICT, PICHIT

สมจินต์ มากพา ภ.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร โดยมีระเบียบวิธีวิจัยคือการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 360 คนที่เลือกมาแบบตามสะดวก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาชุด ร้อยละ 79.4 โดยประชาชนส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ซื้อยาชุดเนื่องจากสะดวกและหาซื้อง่าย ร้อยละ 24.4 ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยาชุดแก้ไข้หวัด ร้อยละ 27.5 ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยาชุดจากร้านขายยา ร้อยละ 55.6 มีระดับความรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.2 ทักษะต่อการใช้ยาชุด ร้อยละ 55 มีความเห็นว่าการรับประทานยาชุดเพียง 1-2 ชุด ไม่ทำให้เกิดอันตราย ร้อยละ 56.3 เห็นว่ายาชุดสามารถหาซื้อได้สะดวก และร้อยละ 51.9 เห็นด้วยว่ายาชุดราคาไม่แพง ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอตะพานหินควรได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับยาชุดและ สเตียรอยด์ และอันตรายของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีข้อบ่งใช้ทางการแพทย์ ปัญหาการขายยาชุดเร็วขายยา และการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โอ้อวดสรรพคุณเกินจริงในอำเภอตะพานหิน ควรได้รับการแก้ไขโดยจัดตั้งเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังในชุมชน โดยทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในชุมชน

## บทนำ

นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๕๔ และ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐานโดยการประกันคุณภาพความปลอดภัยและประสิทธิผลของยา การสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาของคนไทยที่พบบ่อย ได้แก่ การแพ้ยา ใช้ยาเสื่อมคุณภาพ ใช้ยาเกินขนาด หรือการได้รับปริมาณยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม เช่น มากไป หรือน้อยไปและการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจและพฤติกรรมการใช้ยา

ที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุสมผลของคนในชุมชน เป็นปัญหา ที่ซับซ้อน มีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง หลายส่วนทั้งจากตัวผู้ใช้ยาเอง ผู้สั่งใช้ยา ผู้ผลิตยา กระจายยา และการควบคุมกำกับตามกฎหมาย

การดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) ของชาวบ้าน โดยการใช้ยาตนเอง (self-medication) ยังเป็นวิธีการแก้ปัญหสุขภาพของประชาชน ในประเทศไทย รูปแบบการใช้ยาตนเองที่ไม่เหมาะสมและมีความเสี่ยงมาก รูปแบบหนึ่งคือการใช้ยาชุด พบรายงานว่ามีประชาชนใช้ยาชุดรักษาตนเองมาโดยตลอด (อุซาวดี สุตะภักดิ์

และคณะ, 2543; มาตี กาญจนกิจสกุล, 2549; พิณทิรา ตันเถียร, 2552; คำภีร์ เขตมนตรี, 2555)

ยาชุด และยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรยังได้รับความนิยม โดยเฉพาะประชาชนในชุมชนชนบท เนื่องจากหาซื้อได้ง่าย เห็นผลการรักษาเร็ว ทำให้เกิดความเชื่อถือ จากการบอกต่อกันไปว่าใช้แล้วอาการดีขึ้น โดยไม่คิดว่าจะมีอันตรายจากการปลอมปนสารสเตียรอยด์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงหากได้รับในปริมาณมากและเป็นระยะเวลาานาน(ดวงพร ศิริจันทร์, 2555)ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดไว้เป็นชุดโดยทั่วไปจะมียาตั้งแต่ 3-5 เม็ดขึ้นไปในถุงหรือซองเดียวกัน มีรูปแบบและสีต่างๆ กัน ในยา 1 ชุด จะประกอบด้วยยาหลายๆ ชนิดรวมกัน โดยจะให้รับประทานครั้งละหนึ่งชุดพร้อมกัน แบ่งเป็น ยาชุดสด และยาชุดแห้ง โดยยาชุดสดเป็นยาชุดที่ผู้ขาย จะทำการชั่งถาษาอาการและจัดยาเพื่อจ่ายให้ผู้ป่วยโดยรวมไปในหนึ่งซอง โดยที่ผู้ขายเป็นบุคคลทั่วไป และไม่มีใบประกอบวิชาชีพ และยาชุดแห้งเป็นยาชุดที่จัดสำเร็จ และบรรจุไว้ในซองพลาสติก มีการพิมพ์ฉลากบรรยายสรรพคุณของยาไว้บางครั้งเกินความจริง เพื่อให้ผู้ซื้อเกิดความสนใจ (กุสาวดี เมลืองนนท์ และคณะ, 2557) ยาชุดพบได้ทั่วไปโดยจะขายกันในร้านขายยาทุกประเภท ในท้องถิ่นที่ห่างไกลจากตัวเมืองและอาจพบได้ในร้าน กาแฟโบราณและร้านขายของชำ (กุสาวดี เมลืองนนท์ และคณะ, 2557) ตัวอย่างยาชุดที่พบเสมอ เช่น ยาชุด แก้ไข้หวัด ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ยาชุดลดอ้วน แต่ละชุดจะมีทั้งยาแก้ปวด วัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท ยาแก้ไอแก้เสบ ยาลดกรด วิตามิน และเกือบทุกชุดพบว่ามี ยาเม็ดสเตียรอยด์(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540; ชบา ทองปลิว และคณะ, 2550)

คณะทำงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอตะพานหินได้จัดทำโครงการส่งเสริม การใช้ยาที่เหมาะสมของประชาชนในอำเภอตะพานหิน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม ในชุมชน โดยให้ประชาชนในชุมชน มีความรู้เรื่อง

“อันตรายจากยาชุด ประโยชน์ของยาสามัญประจำบ้าน” เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ที่ไม่เหมาะสม และเมื่อการดำเนินโครงการได้เสร็จสิ้นแล้ว ดังนั้น เพื่อวัตถุประสงค์ของโครงการนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้ยาชุดของ ประชาชน ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นปัจจัย ที่อาจจะส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ ส่วนบุคคลในการใช้ ยาให้สมเหตุผล ซึ่งข้อมูลที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับภัย จากยาชุด เพื่อนำไปพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน สร้างความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับ ประชาชนในชุมชนได้อย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชากร ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน ใน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร โดยการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลทั้ง 12 ตำบลแบบบังเอิญ (Accidental sampling)โดยการใช้แบบสอบถาม ระหว่าง เดือน 1 ธันวาคม 2561– 31 มกราคม 2562

### วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เก็บข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม โดยทำ การประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคยา ทักษะต่อการ บริโภคยา และพฤติกรรมการบริโภคยาชุด ของประชาชน ในอำเภอตะพานหิน การศึกษาในครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2561–31 มกราคม 2562 มีผู้เข้าร่วม การศึกษาทั้งสิ้น 360 ราย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ประชาชนในอำเภอตะพานหิน ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยจำนวนประชากรอำเภอตะพานหินที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ณ เดือนธันวาคม 2558 โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร มีจำนวนทั้งสิ้น 3,002 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในอำเภอตะพานหินที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงหรือทั้งสองโรคร่วมกัน โดยคัดเลือกมาแบบตามสะดวก ในอำเภอตะพานหิน ทั้ง 12 ตำบล โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร ของ ยามาเน่ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่าง 360 คน และโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมในการศึกษา(Inclusion criteria) คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง และรับยาโรคเรื้อรังที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ
3. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตัวเอง และสามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
4. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอตะพานหิน
5. ไม่ทำงานหรือมีสมาชิกในครอบครัวทำงานทางด้านสาธารณสุข

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม มีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชน** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้ยาชุด

แบบสอบถามพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยโดยแบบสอบถามประกอบด้วยโครงสร้างหลักอย่างคือ ความรู้เกี่ยวกับยาชุด โดยเน้นลักษณะการใช้ยาของผู้ป่วย และอันตรายจากการใช้ยาชุด แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามแบบให้เลือกตอบคือ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ มีจำนวน 15 ข้อ การคิดคะแนนโดยถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลความหมายแบบวัดความรู้ด้านการใช้ยาจะมี 3 ระดับ

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้ยาชุด** โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาชุด** ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สรุปข้อมูล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาชุด โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

## ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เริ่มมีการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561-31 มกราคม 2562 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 360 ราย ผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ 1.) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 2.) ความรู้เกี่ยวกับยาชุด 3.) ทัศนคติต่อการใช้ยาชุด 4.) พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองและการเลือกใช้ยาชุด

### 1.) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษานี้ตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.6 เป็นเพศชายร้อยละ 41.4 ซึ่งเพศหญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 1.4 เท่า โดยมีอายุเฉลี่ย 48 ปี อายุผู้ป่วยที่น้อยที่สุดในการศึกษานี้คือ 25 ปี

และมากที่สุดคือ 76 ปี ส่วนมากอายุระหว่าง 51 ถึง 60 ปี มากถึงร้อยละ 25.8 โดยมีผู้ป่วยในช่วงอายุ 41-50 ปีมากที่สุดคือ 127 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 51 ปี สำหรับวุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 54.2 จบปริญญาตรีขึ้นไปเพียงร้อยละ 5.8 โดยผู้ป่วยทุกรายอ่านและเขียนได้ สำหรับอาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม และหรือรับจ้าง หรือลูกจ้างร้อยละ 47.2 รองลงมาคือพ่อบ้านหรือแม่บ้านร้อยละ 41.2

## 2.) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาชุด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุด โดยมีความรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับปานกลางร้อยละ 66.2 มีความรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับต่ำร้อยละ 23.8 และมีความรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับดีเพียงร้อยละ 10.0 โดยคะแนนความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.38 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 4.01 โดยมีความรู้ที่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือการรับประทานยาชุดแก้ปวดเมื่อย ปวดตามข้อ ต้องทานหลังอาหารทันที (93%) ยาชุดแก้ปวดคลายเครียด มักทำให้เกิดอาการง่วงซึม ไม่ควรขับขีรถยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร (88.88%) และ การรับประทานยาชุด อาจทำให้ได้รับยาเสื่อมคุณภาพ ยาปลอม หรือยาหมดอายุปลอมปนด้วย (86.9%) ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดได้แก่ ยาชุดประกอบไปด้วยยาหลายชนิด เสริมฤทธิ์กันทำให้รักษาอาการเจ็บป่วยได้ทันที และไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ร้อยละ 38.1

## 3.) ทักษะติดต่อการใช้ยาชุด

ระดับทักษะติดต่อของประชาชนต่อการใช้ยาชุด มีทักษะติดต่อบางส่วนที่ไม่ถูกต้องคือ ร้อยละ 55.0 เห็นด้วยการรับประทานยาชุดแก้ปวดเมื่อยเพียง 1-2 ชุด มักไม่มีอันตราย ร้อยละ 40.0 เห็นด้วยกับการรับประทานยาชุดแล้วหายจากอาการป่วยได้ทันที ร้อยละ 56.3 เห็นด้วยกับการซื้อยาชุดสะดวกและยาชุดหาซื้อง่ายตามร้านขายของชำในหมู่บ้าน ร้อยละ 51.9 เห็นด้วยกับยาชุดซื้อได้

ในราคาไม่แพง และร้อยละ 59.4 เห็นด้วยกับการรับประทานยาชุดแก้ปวดเมื่อย จะช่วยให้รู้สึกสบายหายปวดเมื่อย

## 4.) พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองและการเลือกซื้อยาชุด

การศึกษา พบว่าร้อยละ 79.4 เคยซื้อยาชุดมาบริโภคเพื่อการรักษาตนเอง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 55.6 ซื้อยาจากร้านขายยามา เหตุผลที่ซื้อยาชุดมารับประทานเองเนื่องจาก สะดวก หาซื้อง่าย (ร้อยละ 24.4) ไม่สบายเล็กน้อย อาการไม่มาก (ร้อยละ 23.0) ราคาไม่แพง (ร้อยละ 21.8) ส่วนเหตุผลอื่นๆ มีเพียงเล็กน้อย ประเภทของยาชุดที่ซื้อมารับประทานเองมากที่สุด ได้แก่ ยาชุดแก้ไขหวัด (ร้อยละ 27.5) ยาชุดแก้ปวดเมื่อย แก้ยก (ร้อยละ 26.1) ยาชุดแก้ไอเสบ (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.2 มีพฤติกรรมรักษาตัวเองโดยการซื้อยากินเอง เมื่อรู้สึกไม่สบายด้วยอาการที่ไม่รุนแรงนัก โดยร้อยละ 55 จะขอแบ่งยาของญาติ หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน โดยบางครั้งยาที่ซื้อมารับประทานจะเป็นยาชุดที่เพื่อนบ้านแนะนำมา และจะเก็บตัวอย่างยาชุดนั้นไว้ซื้อกินครั้งต่อ ๆ ไป โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.1 จะรับประทานยาชุดเพียง 1-2 วัน เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยา ส่วนเหตุผลในการเลือกซื้อยาชุดคือต้องการให้อาการเจ็บป่วยหายเร็วขึ้น

## สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลจากผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่ารูปแบบการซื้อยากินเองนั้น มีผลวิจัยที่คล้ายคลึงกันส่วนใหญ่คือ โรคหรืออาการป่วยสำคัญๆที่เป็นสาเหตุให้ประชาชนซื้อยากินเองมากที่สุด คือ อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ อันได้แก่ อาการปวดศีรษะ เป็นไข้ ไข้หวัด ไอ ปวดท้อง ภาวะอาหารและอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการที่สอดคล้องกับชนิดของยาที่พบว่าชาวบ้านนิยมซื้อเพื่อการรักษาตนเอง คือ กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ กลุ่มยาโรคทางเดินอาหาร และยารักษาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2542 ;



จักรภพ ชั้นทะวงค์. , 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ายาชุดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุดคือยาชุดแก้ไข้หวัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.3 มีพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้ยาเมื่อเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใสจะรับประทานยาชุดแก้ไข้หวัดทันที เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น

การเข้าถึงยาสามารถเข้าถึงยาได้หลายแหล่ง ทั้งที่ถูกต้อง เป็นทางการและที่ผิดกฎหมาย ซึ่งข้อสรุปในงานวิจัยส่วนมากที่คล้ายกันก็คือแหล่งยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาตนเองของชาวบ้าน คือ ร้านชำ (สำลี, 2523; อัมพร คำไม้, 2538 ; วีรพันธ์ เจริญผล, 2539; วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2554 ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าแหล่งซื้อยาในการรักษาตนเองของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.9 คือร้านขายของชำ

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับยาชุดผู้ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชบา ทองปลิว (2550) ส่วนการศึกษาของเอกภพ กาละดี (2557) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้ยาชุด ร้อยละ 48.05 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำหรือต้องปรับปรุงและพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาชุดโดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาชุดมากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร

จากการศึกษาครั้งนี้และงานวิจัยที่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้านี้พบว่า ทำให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันของความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับการใช้ยาชุดและการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาชุด ของประชาชนซึ่งมีความสอดคล้องกันทั้งการศึกษาที่เคยมีมาและประชาชนในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งปัญหาที่สำคัญในเรื่องนี้คือการที่ประชาชนเข้าถึงยาอันตรายได้อย่างเสรี ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินการโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้

เกิดความตระหนักรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของประชาชน อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาแล้วดังกล่าวข้างต้น

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมียุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในด้านการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังกับร้านขายยา ร้านขายของชำที่จำหน่ายยาชุด และยาอันตราย และกลยุทธ์ในการสร้างความตระหนักรู้ในการใช้ยาให้ปลอดภัย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามนโยบาย 3อ. 3ส. ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ทั้งประชาชนกลุ่มดี เสี่ยง และกลุ่มป่วย

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปฏิบัติประชาชนกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากสเตียรอยด์ ให้มากขึ้น อำเภอตะพานหินยังมีปัญหาการจำหน่ายยาชุดในร้านชำและรถเร่ขายยาในชุมชน ดังนั้นพนักงานเจ้าหน้าที่ควรเพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังกับร้านขายของชำที่จำหน่ายยาชุด และยาอันตราย ควรมีการจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังรถเร่ขายยา การโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงของผลิตภัณฑ์ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สุขที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งควรสอบถามผู้ป่วยทุกราย และคัดกรองผู้ป่วยที่อาจใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนแก้ปัญหาในพื้นที่ต่อไป

#### 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่มในกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมการใช้ยาชุดเพื่อทราบถึงสาเหตุเชิงลึกเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาต่อไป และควรศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ร่วมด้วย

## เอกสารอ้างอิง

1. กุสวดี เมลืองนนท์, ศิรินทรา กอแสงเรือง, อัฐวัฒน์ ไชยรบ, ธิติ นพศรีและยุทธนา จิระศักดิ์พิศาล. (2557). การสำรวจยาชุดในจังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
2. คำภีร์ เขตมนตรี. (2555). เหตุผลของการใช้ยาชุดของชาวบ้านในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลจานสาน อำเภอพนม จังหวัดอำนาจเจริญ. (สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการด้านสุขภาพ), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. จักรภพ ชันทะวงค์. (2542). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาชุดของประชาชนชุมชนแออัด เขตยานนาวา กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
4. ชบา ทองทองปลิว, วรณมา พูลสารกิจ, วิลาสินี แก้วเขียว, สุนันทา แก้วปรีชาและสมณฑา บุนนาค. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในชุมชนบ้านใหม่พัฒนา หมู่ที่ 9 ตำบลบ้านแดน อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2550. (สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร.
5. ดวงพร ศิริจันทร์. (2555). ยาชุด ยาแผนโบราณ แผงอันตรายจากสเตียรอยด์. มหาวิทาลัยมหาสารคาม.  
น้ำฝน สมศรี, ภัทรารวรรณ ดีแจ่ม, พัชรี เจริญสุข, อัจฉราพร แสนคำวงศ์และอรพรรณ คุ่มยิ้ม. (2553). ความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมในการใช้ยาชุดของประชาชนในชุมชน บ้านไร่ หมู่ที่ 1 ตำบลคลองลาด อำเภอสรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ปี 2553. (สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต), มหาวิทยาลัยนเรศวร.
6. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สำนักทดสอบทางการศึกษา จิตวิทยา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
7. พิณทิรา ต้นเถียร. (2552). อุปนิสัยการใช้ยาเองในคนไทย. วารสารโลहितวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลहित.
8. พิมพร ทองเมือง และ ยุทธนา สุตเจริญ. (2553). ร้านขายยากับการจ่ายยาชุดแก้ปวดเมื่อยที่มี สเตียรอยด์ : กรณีศึกษาในเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
9. มาตี กาญจนกิจสกุล. (2549). การซื้อยารับประทานเองเมื่อยามเจ็บป่วยของประชากรไทย. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. ลือชัย ศรีเงินยวง. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชนการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
10. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรอคเจริญ, เสถียรนพแก้ว, วราภรณ์และกนิษฐา ไทยกล้า. (2554). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
11. วีรพันธ์ เจริญผล. (2539). สาเหตุของการตัดสินใจขายยาชุดในร้านชำเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดเลย. (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
12. สำลี ใจดี. (2523). การใช้ยาชุดในเมืองไทย. สภานครินทร์เวชสาร.
13. อุษาวดี สุตะภักดิ์, วุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์และสมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล. (2543). ระบาดวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาชุดของประชาชนใน จังหวัดมหาสารคาม. มหาวิทาลัยมหาสารคาม.
14. เอกภพ กาละดี. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชนใน ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ : การวิเคราะห์หัตถ์แปรเชิงพหุ. มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.



### คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปี ละ 2 ครั้ง ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2563 และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2563

**รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์** ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม  
**ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร** ดังนี้

1. ผู้ส่งเรื่องตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการ จะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกา
2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้ส่งเรื่องต้องกรอกแบบฟอร์มพร้อมแนบเอกสารนิพนธ์ต้นฉบับจำนวน 3 ชุด และแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น หรือส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการวารสารจะตรวจประเมินความครบถ้วนและถูกต้องของต้นฉบับ
4. กองบรรณาธิการวารสารจะจัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้นๆ ตรวจประเมินคุณภาพ และให้ข้อเสนอแนะต้นฉบับ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ส่งให้ผู้นิพนธ์แก้ไขตามผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการวารสารตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสาร
7. ส่งต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่มวารสาร
8. กองบรรณาธิการด้านจัดการดำเนินการเผยแพร่วารสาร
9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกไปรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

#### หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

##### 1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ** (Original articles) ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัตถุประสงค์ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

**รายงานผู้ป่วย** (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าศึกษาหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัตถุประสงค์และวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

**บทความพิเศษ** (Special article) เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

**บทความพินิจวิชาการ (Review articles)** ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

**ปกิณกะ (Miscellany)** ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

## 2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
<b>ชื่อผู้เขียน</b>	มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งวุฒิการศึกษาสูงสุดต่อสถานที่ปฏิบัติงานภาษาไทย
<b>เนื้อเรื่อง</b>	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
<b>บทคัดย่อ</b>	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
<b>บทนำ</b>	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
<b>วิธีและวิธีการดำเนินการ</b>	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
<b>ผลการดำเนินงาน</b>	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
<b>วิจารณ์</b>	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
<b>สรุป</b>	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

## 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ

ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

#### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตินพงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เชาว กริตินพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

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

#### 3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

#### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

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

#### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

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

#### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

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

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

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งหมด ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.



**- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์**

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.
2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

**- หนังสือมีบรรณาธิการ**

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเตียง เอ็ดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.
2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา**

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.
2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

**3.3 รายงานการประชุม สัมมนา**

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

**4. การส่งต้นฉบับ**

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.5 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.5 นิ้ว และ Print หน้าเดียวลงในกระดาษ A4 (21.6X27.9 ซม.) จำนวน 3 ชุด และส่งไฟล์ต้นฉบับเอกสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com



4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

## 5. การตอบรับ

5.1 เมื่อส่งบทความวิชาการ/วิจัยแล้วจะได้รับหนังสือตอบรับบทความ ภายใน 5 วันทำการ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่ง ต้นฉบับคืน

## 6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ และรอผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้นิพนธ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมไฟล์บทความ 1 แผ่น ที่กองบรรณาธิการฯ หรือทาง e-mail: [pphj.2020@gmail.com](mailto:pphj.2020@gmail.com)

6.4 บรรณาธิการออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ

## 7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความวิชาการ/วิจัยส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้นิพนธ์ขอตีพิมพ์ครบแล้ว

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อได้เล่มวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรที่สมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งและส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์ต่อไป

## 8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

## 9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

บรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ถึง 5 ต่อ 133

E-mail: [pphj.2020@gmail.com](mailto:pphj.2020@gmail.com)

ค่าธรรมเนียมลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย ลำดับที่ 1 - 6 บทความละ 1,000 บาท และบทความวิจัยลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมบทความละ 2,000 บาท



## แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ตำแหน่ง.....
2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....  
 วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....
4. ขอส่งบทความ ( ) 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)  
 ( ) 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)  
 ( ) 3. บทความพิเศษ (Special article)  
 ( ) 4. บทความพินิจวิชาการ (Review articles)  
 ( ) 5. ปกิณกะ (Miscellany)

เรื่อง.....  
 .....  
 .....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) ..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....  
 ..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย ( ) ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....  
 ( ) เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้นิพนธ์  
 (.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



# Phichit Public Health Office

