

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

www.nakhonphc.go.th E-mail : southern.phc@gmail.com

ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - มกราคม 2564



สารานุกรมสุขมูลฐานภาคใต้

ISSN 0857-7293

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - มกราคม 2564

ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์
 นพ.ประสาท จิตตาศิรินิวัตร
 ดร.นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ
 ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
 นายรุจ เรืองพุทธ

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
 จังหวัดนครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

นางวิณาพร สำอางศรี
 รศ.ดร.รงค์ บุญสวยขวัญ

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
 จังหวัดนครศรีธรรมราช
 นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการ

ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
 ดร.วรารัตน์ กิจพจน์
 ดร.สมภาพ อาจชนะศึก
 รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
 ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล
 ผศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์
 รศ.ดร.สีบพงศ์ ธรรมชาติ

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 นักวิชาการอิสระ

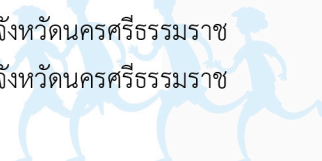
รศ.ดร.เพียงจันทร์ เศวตศรีสกุล
 ดร.สัญญากร นิลกาญจน์
 ดร.ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์
 ดร.ไพสิฐ บุญยะทวี
 ผศ.ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง
 ดร.นพ.ปรัชญะพันธุ์ เพชรช่วย
 ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์

นักวิชาการอิสระ
 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
 ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
 มหาวิทยาลัยทักษิณ
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการอำนวยการ

ดร.สุรชาติ โภยกุลย์
 ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
 ดร.วรารัตน์ กิจพจน์
 ดร.สมภาพ อาจชนะศึก
 นายวุฒ พลฤทธิ์แก้ว
 นายสมชาย ลีสิน
 นายสุรเชษฐ์ เขตทอง
 จ.อ.ศุภกรณ์ ขวัญใจ
 นายธนา ศักดิ์สุปรีชา
 นางรุจิรา เพชรสงค์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช



คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของกรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคี เครือข่ายต่าง ๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลข เป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิด การวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/ การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะ ในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลข เป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์)// ชื่อหนังสือ// (ครั้งที่พิมพ์)// สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี,เดือนที่วารสารออก)// ชื่อบทความ// ชื่อวารสาร/ปีที่/(ฉบับที่), /เลขหน้า
ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา
ของรัฐบาลไทย. วารสารครุศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ)// ชื่อเรื่องของเอกสาร// ค้นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL
ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556,
จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 www.nakhonphc.go.th

Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 3 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – มกราคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน มิถุนายน – กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าจะบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

บรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - มกราคม 2564 เป็นฉบับปลายปี 2563 ถึงต้นปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ระหว่างการฟื้นฟูเศรษฐกิจหลังการระบาดของโรค COVID-19 ระยะที่ 1 ในขณะเดียวกันเป็นช่วงที่มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาดในระยะที่ 2 ถึงแม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคภายในประเทศจะยังอยู่ในสถานการณ์ที่ควบคุมได้ แต่สถานการณ์การระบาดในต่างประเทศยังมีความรุนแรงต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าในประเทศไทยเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทยก็ยังมีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่น่าวิตก โดยประเทศไทยมีการใช้มาตรการในการป้องกันการระบาดของโรคจากประเทศเพื่อนบ้านเข้าสู่ประเทศไทยอย่างเข้มงวดในทุกช่องทางเข้าออกประเทศ ด้วยระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีความเข้มแข็ง ตั้งแต่ระดับการสาธารณสุขมูลฐานไปจนถึงระบบการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าและทันสมัย ผ่านกระบวนการศึกษาวิจัยและพัฒนาการทำงานในทุกระดับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขไทยให้มีความเจริญก้าวหน้า สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของคนไทยอย่างต่อเนื่อง วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่เมตตาในการอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าต่อการยกระดับคุณภาพบทความวิจัยมากขึ้น เจ้าของบทความที่ทุ่มเทให้กับงานวิจัย เพื่อเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง 6
ในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดตรัง พ.ศ.2563.
- ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง 17
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคล 30
และพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล เขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี
- การรับรู้ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ 44
ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดพังงา ปี 2563
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 58
ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562
- การจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงาน 70
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 85
หรือผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง 96
- ผลของโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 108
ในกลุ่มเกษตรกรนาข้าว อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก : งานวิจัยกึ่งทดลอง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข 121
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดตรัง พ.ศ.2563.

Factors Related with Rabies Prevention Behavior of Pet Owners in Area where Positive Samples in Trang Province, 2563.

จรรรงค์ ลีสुरพงษ์¹, ประไพ เจริญฤทธิ์²

Chanrong Leesurapong¹, Prapai Charoenrit²

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

Trang Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-Sectional Descriptive studies) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดตรัง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 272 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กุมภาพันธ์ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 272 คน 94.77% มีปัจจัยนำความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าระดับปานกลางจำนวน 111 คน 40.8 % มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูง จำนวน 272 คน 100 % มีปัจจัยเอื้อ ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตาม พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 ในระดับสูงจำนวน 205 คน 75.4 % มีความคิดเห็นต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท.ในระดับสูงจำนวน 146 คน 53.7 % ปัจจัยเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 178 คน 65.4 % และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูงจำนวน 187 คน 68.8 % ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในส่วนของปัจจัยนำ พบว่าความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ทัศนคติเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปัจจัยเอื้อด้านการดำเนินงานตาม พรบ. พ.ศ.2535 การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ตัวอย่างห้วสัตว์ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.194, p=0.001$) ($r=0.319, p=0.000$) ($r=0.478, p=0.000$) ($r=0.386, p=0.000$) ($r= 0.271, p=0.000$) ตามลำดับ จากผลการศึกษารั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการส่งเสริมความรู้แก่ประชาชน ภายใต้วความร่วมมือภาคีเครือข่ายโดยบุคลากรสาธารณสุข ปศุสัตว์ และ อปท.ในพื้นที่ โดยเน้น

เรื่องชนิดของสัตว์ที่สามารถนำเชื้อพิษสุนัขบ้ามาสู่คน ความจำเป็นในการกักขังดูอาการสัตว์หลังจากโดนข่วนหรือกัดและส่งเสริมการล้างแผลซึ่งจะช่วยลดปริมาณเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย

คำสำคัญ : โรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เจ้าของสัตว์เลี้ยง

Abstract

This research was descriptive research. with the purpose to investigate the Factors that related with rabies prevention behavior of pet owners in area where positive specimen in Trang Province. A questionnaire were sent with 272 informants during December 2019- February 2020.The data obtained were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, range. Moreover, relationships with factors were analysed by using Pearson's product moment correlation coefficient at the significance level of 0.05

The results were moderate level of knowledge about rabies, a high level of attitude for rabies preventing, a high level of the implementation of Rabies Acted 1992 ,a high level of the implementation on rabies prevention of Local Administrative Organization and a medium level of Rabies information awareness. Analysis of selected factors with behavior for preventing rabies. Found that knowledge, attitude for preventing rabies, Rabies Acted, rabies prevention operations and Rabies information awareness at the statistically significant level ($r = 0.194, p=0.001$) ($r=0.319, p=0.000$) ($r = 0.478, p0.000$) ($r= 0.386, p=0.000$) ($r= 0.271, p=0.000$) respectively. The outcome of this study suggested improvement of rabies risk communication with emphases on disease severity, people should know that they can reduce the amount of germs entering the body by washing the wound Under the cooperation of network partners by health care workers , livestock and sub-district administration organizations.

Keyword : Rabies, Rabies prevention behavior, Pet owners

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า(Rabies)เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonosis) ที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสำคัญสูงสุดทางสาธารณสุขเพราะอัตรา

ป่วยตาย 100% ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตมากกว่า 55,000 ราย จาก 150 ประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในแถบทวีปแอฟริกาและอินเดียในทวีปเอเชีย

พบผู้เสียชีวิตมากกว่า 31,000 ราย มีสุนัขเป็นสัตว์นำโรคที่สำคัญ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2560, น.1-2) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ.2523 เป็นปีที่มีรายงานผู้เสียชีวิตสูงสุดถึง 370 ราย หลังจากนั้นจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงตามลำดับ โดยลดเหลือ 180 ราย ในปี พ.ศ.2533 50 ราย ในปี พ.ศ.2543 จนเหลือเพียง 9 ราย ในปี พ.ศ.2551 และเพิ่มเป็น 24 รายในปี พ.ศ.2552 และ 15 ราย ในปี พ.ศ.2553 จากนั้นแนวโน้มจำนวนผู้เสียชีวิต ลดลงเหลือปีละต่ำกว่า 10 ราย ระหว่างปี พ.ศ.2554-2560 มีผู้เสียชีวิต 8,5,5, 6,5,14 และ 11 รายตามลำดับ ในปี พ.ศ.2561 มีผู้เสียชีวิต 18 ราย พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปี พ.ศ.2555-2561 เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้เสียชีวิต 8 ราย ได้แก่ จังหวัดสงขลา พัทลุง และจังหวัดตรัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าลักษณะการเกิดโรคมียแนวโน้มสูงขึ้น(สำนักระบาดวิทยา, 2560, น.197-199) จากข้อมูลสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรังตั้งแต่ปี พ.ศ.2531-2560 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจำนวนทั้งสิ้น 21 ราย โดย ปี พ.ศ.2533 มีผู้เสียชีวิตสูงสุด 5 ราย ในปี พ.ศ.2532 และ พ.ศ.2537 มีผู้เสียชีวิตปีละ 2 ราย ในปี พ.ศ.2544-2560 ไม่มีผู้เสียชีวิต โดยเฉพาะปี พ.ศ.2561 มีผู้เสียชีวิต 1 ราย ในพื้นที่ตำบลอ่าวตง อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ในขณะที่เดียวกันปี พ.ศ.2556-2560 สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีความรุนแรงขึ้น ทำให้คนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปี 2561 พบเชื้อพิษสุนัขบ้า 1,469 ตัวอย่าง (สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรค, 2559, น.2) จังหวัดตรัง

มีตัวอย่างหัวสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าในช่วงปี 2557-2560 จำนวน 24 ตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปี 2561 สัตว์ที่ส่งตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้าจำนวน 21 ตัวอย่าง (สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดตรัง, 2562) ส่วนใหญ่เป็นตัวอย่างจากสัตว์ที่แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดขนาดความรุนแรงและระยะเวลาการระบาดในสัตว์ รวมทั้งสัตว์กลุ่มเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้าและ มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ของการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน นอกจากนี้จะส่งผลกับพื้นที่เกิดโรคแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาพรวมอีกด้วยทั้งในด้านการท่องเที่ยว เศรษฐกิจ ความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยวต่างชาติ การสำรวจความรู้และทัศนคติของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรัง (จรรรงค์ ลีสุรพงศ์, 2561, น.10-12) พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันตนเองต่อโรคพิษสุนัขบ้า กอปรกับจังหวัดตรัง ถูกจัดอยู่ในพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากมีรายงานผู้เสียชีวิตและสถานการณ์ตัวอย่างสัตว์ที่ส่งตรวจทำให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า มีการรายงานอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่จะเน้นการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองในกลุ่มประชาชนทั่วไป หรือเจ้าของสุนัข แต่ไม่พบการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ที่หัวสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดตรัง ที่มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในระดับภาค ระดับเขตบริการสุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จะมีประโยชน์สูงสุดกว่า การศึกษาอื่นคือ การวิจัยนี้ต้องการหาคำตอบว่าเจ้าของสัตว์เลี้ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างไร และ มีปัจจัยใด

บ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเจ้าของสัตว์เลี้ยง ต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence W.Green และ Marshall W.Kreuter มาเป็นกรอบแนวคิด(Green LW.2005)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยนำปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระแบ่งกลุ่มออกเป็นด้าน ได้แก่ ข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 และการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง โดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Lawrence W.Green และ Marshall W.Kreuter มาเป็นกรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่พบตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรัง ทั้งหมด 7 อำเภอ 17 หมู่บ้าน ได้แก่ อำเภอเมืองตรัง อำเภอห้วยยอด อำเภอปะเหลียน อำเภอวังวิเศษ อำเภอนาโยง อำเภอย่านตาขาวและอำเภอสีเกา จำนวน 1,913 ครัวเรือนโดยสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ในแต่ละหมู่บ้าน

การหาขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดค่าที่สำคัญ คือ ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96) ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; p) การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพบว่าสัดส่วนของการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นร้อยละ 77 (p = 0.77) และระดับความแม่นยำ (Precision level; e) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 จากการวิจัยครั้งนี้ ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาไม่น้อยกว่า 239 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_2 p(1-p)}{[e^2(N-1) + Z^2 \alpha_2 p(1-p)]} \quad n = \frac{1913 \times 1.96^2 \times 0.77(1-0.77)}{[(0.05)^2 (1913-1) + 1.96^2 \times 0.77(1-0.77)]} = 238.36$$

การศึกษาค้นครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บตัวอย่างเพิ่มเติม 20% ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษา 287 ครัวเรือน

วิธีการเลือก เข้าถึงตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน โดยการหาค่าช่วงการสุ่มตัวอย่าง จากนั้นใช้วิธีการจับฉลากเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัญชีเลขที่บ้านของแต่ละหมู่บ้าน และลำดับต่อมาเว้นช่วงทุก 7 ครัวเรือนจำนวน 17 หมู่บ้าน จนครบตัวอย่างที่ต้องการ คือ 287 ครัวเรือน

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าของสัตว์เลี้ยงในครัวเรือนนั้นๆครัวเรือนละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำครอบคลุมเนื้อหาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 15 ข้อ ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 3 ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 จำนวน 10 ข้อ ด้านการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท.จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมครอบคลุมเนื้อหาด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 12 ข้อและส่วนที่ 5 จะครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 17 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับ เจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ตำบลนาหมื่นศรี อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วปรับปรุงให้ค่า Reliability และ Validity เท่ากับ 0.896

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ณ หมู่บ้านตามรายชื่อที่ได้สุ่มไว้โดยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงการใช้แบบสอบถามแก่ผู้เข้าร่วมโครงการและให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัคร แล้วรับแบบสอบถามไปตอบใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อตอบเสร็จแล้วให้นำส่งคืนผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์และจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา พร้อมทั้งติดตามแบบสอบถามส่วนที่ไม่ได้รับกลับเพื่อประสาน

ให้ผู้จัดเก็บข้อมูลติดตามอีกครั้ง และถ้าไม่สามารถเก็บข้อมูลได้จะยุติการติดตามแบบสอบถาม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 272 ฉบับ จากทั้งหมด 287 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.77

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) พิสัย (Range) สถิติเชิงอนุมาณที่ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การดำเนินงานตาม พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมกรป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Spearman Rank Coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 272 ฉบับ จากทั้งหมด 287 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.77 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 185 คน คิดเป็น ร้อยละ 68 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาจำนวน 131 คน ร้อยละ 48.2 รายได้เฉลี่ย 7,716 บาท รายได้สูงสุด 33000 บาท รายได้ต่ำสุด คือ 800 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรมจำนวน 162 คน ร้อยละ 59.6 ส่วนใหญ่เลี้ยงสุนัข

จำนวน 258 คน ร้อยละ 94.9 ระยะเวลาที่เลี้ยงเฉลี่ย ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 22 ปี ลักษณะการเลี้ยงส่วนใหญ่เลี้ยงแบบปล่อยตามธรรมชาติจำนวน 172 คน ร้อยละ 63.2 ซึ่งเหตุผลในการเลี้ยงสัตว์ส่วนใหญ่เลี้ยงเพื่อใช้เฝ้าบ้านจำนวน 207 คน ร้อยละ 76.1 สำหรับประวัติการถูกสุนัขกัดข่วนเลียบาดแผล ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกกัดจำนวน 185 คน ร้อยละ 75.5 เคยถูกกัดจำนวน 66 คน ร้อยละ 24.3 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนหลังถูกกัดด้วยวิธีการล้างแผลด้วยน้ำสะอาดจำนวน 6 คน ร้อยละ 77.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล(N = 272)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	87	(32.0)
หญิง	185	(68.0)
2. อายุ		
อายุน้อยกว่า 35 ปี	61	(22.4)
อายุ 36 – 55 ปี	158	(58.1)
อายุ 56 ปีขึ้นไป	53	(19.5)
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	45.30 (12.32)	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	15 – 84	
3.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	131	(48.2)
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	(15.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	59	(21.7)
อนุปริญญา/ปวส.	18	(6.6)
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	(8.1)
4. รายได้เฉลี่ย		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	224	(82.4)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
10,000 – 20,000 บาท	44	(16.2)
สูงกว่า 20,001	4	(1.5)
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7,716.94 (4784.84)	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	800 – 30,000	
5.อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	25	(9.2)
นักเรียน/นักศึกษา	8	(2.9)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	(9.2)
เกษตรกร	162	(59.6)
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	(1.8)
อื่นๆ	47	(17.3)
6. จำนวนสัตว์เลี้ยง		
สุนัข	258	(94.9)
สัตว์อื่นๆ(แมว)	14	(5.1)
7. ระยะเวลาที่เลี้ยงสุนัข		
น้อยกว่า 5 ปี	240	(88.2)
6 – 10 ปี	28	(10.3)
11 ปีขึ้นไป	4	(1.5)
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.61 (2.64)	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	1 – 22	
8.ลักษณะการเลี้ยง		
เลี้ยงในบริเวณบ้านมีรั้ว	33	(12.1)
เปิด		
ขังไว้ในกรง	15	(5.5)
ล่ามโซ่/ผูกเชือกมัดไว้ในบริเวณบ้าน	52	(19.1)
เลี้ยงแบบปล่อยตามธรรมชาติ	172	(63.2)
9.เหตุผลในการเลี้ยง		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เผ่าบ้าน	207	(76.1)
เป็นเพื่อน แก่เหงา คลาย เครียด	26	(9.6)
สงสาร เอ็นดู	35	(12.9)
อื่นๆ(งานอดิเรก,ธุรกิจเพาะ เลี้ยงสัตว์ขาย)	4	(1.4)
10.มีประวัติเคยถูกสุนัข แมวกัด ช่วน เลียบาดแผล(ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
ไม่เคย	206	(75.7)
เคย	66	(24.3)
ท่านปฏิบัติตนอย่างไร(ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)		
ล้างแผลด้วยน้ำสะอาด	6	(9.09)
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อื่นๆ(ทำแผลใส่ยาบาดัตุณ/ ทิงเจอร์ไอโอดีน/ฉีควักซันป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า)	60	(90.91)

ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 111 คน ร้อยละ 40.8 ระดับมาก จำนวน 87 คนร้อยละ 32.0 และระดับควรปรับปรุงจำนวน 74 คน ร้อยละ 27.2 ตามลำดับ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับสูง จำนวน 272 คน ร้อยละ 100

ปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 พบว่ามีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูงจำนวน 205 คน ร้อยละ 75.4 ระดับปานกลาง จำนวน 63 คนร้อยละ 23.2 และระดับต่ำ จำนวน 4 คน ร้อยละ 1.4 ด้านการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท. มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง จำนวน 145 คน ร้อยละ 53.7 ระดับปานกลาง จำนวน 108 คน ร้อยละ 39.7 และ

อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 18 คน ร้อยละ 6.6

ปัจจัยเสริมต่อการได้รับการรับรู้ข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 178 คน ร้อยละ 65.4 รองลงมา อยู่ในระดับสูง จำนวน 69 คน ร้อยละ 25.4 และระดับต่ำ จำนวน 25 คน ร้อยละ 9.2 และผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมระดับสูง จำนวน 187 คน ร้อยละ 68.8 และระดับปานกลาง จำนวน 85 คน ร้อยละ 31.3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดตรัง

ปัจจัย	r	p-value	แปลผล
อายุ	0.046	0.446	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.102	0.094	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนการเลี้ยงสุนัข	-0.063	0.302	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่เลี้ยง สุนัข	-0.900	0.139	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เรื่องโรคพิษ สุนัขบ้า	0.194	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก
ทัศนคติเรื่องการ ป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า	0.319	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ
พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535	0.478	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ
การดำเนินงาน ป้องกันโรคพิษสุนัข บ้าของ อปท.	0.386	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ
การได้รับข้อมูล ข่าวสารโรคพิษ สุนัขบ้า	0.271	0.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำมาก

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.194, p = 0.001$) ทศนคติเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.319, p < 0.005$) การดำเนินงานตาม พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.478, p = 0.000$) การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ($r = 0.386, p = 0.000$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.271, p = 0.000$)

อภิปรายผล

ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ศรีภุชงค์ รักพานิชย์(2561) พบว่าปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($OR_{adj} = 1.73; CI: 1.01-2.95; p\text{-value} = 0.046$)

ทศนคติเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับ ยุทธพงษ์ ครุชาติ(2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข ตำบลเขาวิเศษ จังหวัดตรัง พบว่าทศนคติเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.287, p < 0.001$)

การดำเนินงานตาม พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับ ยุทธพงษ์ ครุชาติ(2560) พบว่าการดำเนินงานตาม พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.2535 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.177, p < 0.007$)

การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อปท. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงซึ่งสอดคล้องกับ จรรรงค์ ลิสุรพงศ์(2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อของ อบต.จังหวัดตรัง พบว่า อบต.มีการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อได้ดีในระดับมาก โดยมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการลดแหล่งพาหะนำโรค การสนับสนุนงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณพร้อมจัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมโรคให้ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหาของพื้นที่

การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยง ซึ่งสอดคล้องกับจันทิมา พรหมคล้าย(2560) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในตำบลละมอ อำเภอนาโยง จังหวัดตรังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงในพื้นที่ที่ตัวอย่างสัตว์ที่ให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดตรังส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลานทิพย์ เหราบัตย์และคณะ(2559) ศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนจังหวัดระยอง พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าร้อยละ 55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เคโตะ อาโก และคณะ(2558) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัขในจังหวัดนครปฐม พบว่าร้อยละ 38.5 ของเจ้าของสุนัขมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับที่ดี แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านอายุ รายได้ จำนวนการเลี้ยงสุนัข และระยะเวลาที่เลี้ยงสุนัขล้วนไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในการศึกษาคั้งนี้

การนำผลวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากโรคนี้ความรุนแรงสูง คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคแล้วเสียชีวิตทุกราย ดังนั้นการจัดการความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคน

และสัตว์แก่ประชาชนยังเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยอาศัยความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคระหว่างระหว่างภาคสาธารณสุข ปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การเพิ่มความรู้และความตระหนักต่อโรคของประชาชน การเฝ้าระวังโรคทั้งในคนและสัตว์ การเพิ่มพูนความรู้ด้านการป้องกันโรคแก่เจ้าของสุนัขและสมาชิกในครัวเรือน ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้ควรให้ความรู้และข้อมูลแก่ประชาชนในการเฝ้าระวังโรคและแจ้งเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2. การพัฒนาช่องทางการรับรู้ข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้า โดยมุ่งเน้นการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการ ทั้งเสี่ยงตามสาย ธรรงค์ สื่อผ่านช่องทางต่างๆให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ทางทีวี สื่อโซเชียล ผ่านกิจกรรมธรรงค์การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เวทีประชาคม สัปดาห์ธรรงค์วันพิษสุนัขบ้าโลกในเดือนกันยายนของทุกปีโดยเน้นย้ำการสื่อสารถึงประชาชน คือ ทำอย่างไรไม่ให้ถูกกัด (อย่าแหย อย่าเหยียบ อย่าแยก อย่าหยิบ อย่ายุ่ง) และประชาสัมพันธ์เน้นให้ผู้ถูกกัด/ผู้สัมผัสสัตว์ต้องมารับการฉีดวัคซีน

ปัญหาอุปสรรค ไม่มี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสัตว์เลี้ยงอย่างเดียว ดังนั้น ควรมีการศึกษารูปแบบ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562).รายงานสถานการณ์
โรคพิษสุนัขบ้าของสัตว์ในจังหวัดตรัง
ตั้งแต่ปี2560-2562 ระบบสารสนเทศเพื่อ
การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า. สืบค้นเมื่อ
28 สิงหาคม 2562, จาก [http://www.
thairabies.net/trn](http://www.thairabies.net/trn)

Green LW.Kreuter.(2005).MW.Health program
planning:an education and
ecological.4thed.New York:McGraw-Hill

ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง Financial Administration Efficiency of Hospitals in Trang Province

สิทธิชัย จันทรลีดำ¹, จูติมา เจนศุกการ²
Sittichai Jansridam¹, Jensuppakarn²
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
Trang Provincial Public health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ประชากรศึกษาเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง จำนวน 128 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามและจากโปรแกรมของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐาน โดยทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.1 สมรสคู่ ร้อยละ 68.7 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.6 เป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังช่วง 4-6 ปี ร้อยละ 50.8 เคยอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่รับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับรับรู้มาก ร้อยละ 94.5 และมีความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับสูง ร้อยละ 67.2 สำหรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง พบว่า โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพอใช้ 3 แห่ง ต้องปรับปรุง 3 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง และความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ส่วนระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ควรออกติดตาม กำกับ และให้การสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง, โรงพยาบาล, จังหวัดตรัง

Abstract

This study aimed to evaluate factors associated with efficacy of financial administration of government hospitals in Trang Province. One hundred and twenty-eight subjects who were Chief Financial Officer (CFO) in each hospital were recruited as the study group. The questionnaires and program of Division of Health Economics and Health Security were applied to data collection. The Data were analyzed by statistics program. The general characteristics of the subjects were described by frequency, percentage, mean and standard deviation. The Chi-Square test was used to identify the significant factors (p -value ≤ 0.05).

More than half of the study subjects were female (62.5%). forty-six point one percent had over 51 years old. The majority of subjects was married (68.7%) and graduated with a bachelor's degree (65.6%). Half the subjects have been CFO during 4-6 years and 57.8% were trained in financial administration. Most of them perceived financial administration at a high level of 94.5% and 67.2% had a high level of opinions on financial administration activities. For the efficiency of financial administration found 3 hospitals were at a moderate level, 3 hospitals must improve and 4 hospitals were substandard. The significant factor associated with efficacy of financial administration was working period or experience of committee (p -value = 0.024) and other factors did not have significant level. Therefore, Trang Provincial Public Health Office should continually monitoring and supporting the CFO of hospitals to prevent and solve the financial crisis of hospitals in Trang Province.

Keywords : Financial Administration Efficiency, Hospital, Trang Province

บทนำ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการตั้งแต่ปี 2544 ถึงปัจจุบัน เป็นการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขที่ก้าวสำคัญของประเทศไทย แต่ในขณะเดียวกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการงบประมาณสาธารณสุขคือ หน่วยบริการจะได้รับเงินงบประมาณตามแผนงานหรือโครงการจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค และเงินที่ผู้ป่วยจ่ายเองเป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดสรรงบประมาณเป็น

ลักษณะการจ่ายล่วงหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปี (Pre-paid & capitation) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ และเงินงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวได้รวมรายจ่ายด้านบุคลากร (เงินเดือน) ด้วย ทำให้รายรับของหน่วยบริการสุขภาพที่เคยรับโดยตรงลดลง หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งจึงประสบปัญหาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง และมีอัตราค่า

ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547: 2)

งบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นงบประมาณที่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการจัดสรรสำหรับการจัดบริการด้านสาธารณสุข ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐมีทั้งหมด 896 แห่ง พบว่าในปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 162 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 18.1 ขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 116 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.9 (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559: 21) ในปีงบประมาณ 2560 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 207 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.1 ขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 87 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.7 (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560: 22-23) และปีงบประมาณ 2561 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 178 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.8 และขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 42 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.7 (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561: 24) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 12 ทั้งหมด 78 แห่ง ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เมื่อปีงบประมาณ 2559 โรงพยาบาลประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 16 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 20.5 และขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.8 (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559: 19) ในปีงบประมาณ 2560 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.8 (กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560: 20) ปีงบประมาณ 2561 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 21 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.9 และขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.1 (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561: 22) สำหรับจังหวัดตรัง มีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 10 แห่ง เมื่อปีงบประมาณ 2559 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20 และขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 7 จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20 ปีงบประมาณ 2560 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่มีระดับ 7 และในปีงบประมาณ 2561 ประสพภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินระดับ 4-6 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30 แต่ไม่มีระดับ 7 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2562: 36)

ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางในการแก้ปัญหาทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ แต่ยังมีหน่วยบริการที่ยังมีปัญหาทางการเงินการคลัง ดังนั้น การป้องกันและแก้ปัญหาทางการเงินการคลังของหน่วยบริการนอกจากได้รับงบประมาณเพียงพอต่อการดำเนินงาน ยังต้องอาศัยการบริหาร

จัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพด้วย โดยต้องมีผู้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยบริการดังกล่าว นั่นคือ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังเครือข่ายหน่วยบริการ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน) แต่ปัจจุบัน ไม่ทราบชัดเจนว่าคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลได้รับรู้และมีความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลระดับใดและอย่างไร รวมถึงหน่วยบริการต่าง ๆ มีประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและลดปัญหาทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจและต้องการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล จะเป็นประโยชน์ต่อการติดตาม ควบคุมกำกับและสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลให้ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดตรัง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

- ปัจจัยส่วนบุคคล**
1. เพศ
 2. อายุ
 3. สถานภาพสมรส
 4. ระดับการศึกษา
 5. ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง
 6. การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหาร

- การบริหารจัดการการเงินการคลัง**
1. สถานการณ์การเงินการคลัง (Risk Scoring)
 2. ประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS)
 - การบริหารแผนรายได้ รายจ่าย (Planfin)
 - ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
 - การบริหารค่าใช้จ่าย
 - ผลผลิต (Productivity)
 - 7 Plus Efficiency

- ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง**
1. สถานการณ์การเงินการคลัง (Risk Scoring)
 2. ประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS)
 - การบริหารแผนรายได้ รายจ่าย (Planfin)
 - ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
 - การบริหารค่าใช้จ่าย
 - ผลผลิต (Productivity)
 - 7 Plus Efficiency

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

- ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล**
- ผลการบริหารจัดการการเงินการคลัง
 - ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง และการอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารจัดการการเงินการคลังมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลแบบมีนัยสำคัญ
2. การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังและความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลแบบมีนัยสำคัญ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research)

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2563 ประชากรศึกษาเป็นคณะกรรมการบริหาร การเงินการคลังเครือข่ายหน่วยบริการจำนวน 128 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และเก็บจากโปรแกรมของกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ โดยศึกษาหลักเกณฑ์ รูปแบบและวิธีการสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ และเอกสารวิชาการ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงิน การคลัง และการอบรมหรือร่วมประชุมการบริหาร จัดการการเงินการคลัง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้กิจกรรม การบริหารจัดการการเงินการคลัง จำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของ ลิเคอร์ทซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามในเชิงบวก

ใช่	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามในเชิงลบ

ใช่	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่ใช่	ให้คะแนน 3 คะแนน

การแบ่งระดับการรับรู้กิจกรรมการบริหาร จัดการการเงินการคลัง โดยใช้เกณฑ์ของออร์พันส์ อันติมานนท์ (2555: 30) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
----------------	----------------

1.00 - 2.00 คะแนน	น้อย
-------------------	------

2.01 - 3.00 คะแนน	มาก
-------------------	-----

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังต่อกิจกรรม การบริหารจัดการการเงินการคลัง จำนวน 13 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัด ของลิเคอร์ท

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพ การบริหารจัดการการเงินการคลัง โดยแบ่งออก เป็น 2 ด้าน คือ ประสิทธิภาพการเงินการคลัง (Total Performance Score: TPS) และสถานะการเงิน การคลัง (Risk Score) ซึ่งการแบ่งระดับคะแนน ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง โดยใช้เกณฑ์ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลัก ประกันสุขภาพ (2561: 9) ดังนี้

การแบ่งระดับคะแนนประสิทธิภาพการเงิน การคลัง (TPS)

คะแนนรวม (TPS)	ระดับผลการประเมิน
≥ 8	A ดีมาก
≥ 7 คะแนน แต่ < 8	B ดี
≥ 6 คะแนน แต่ < 7	C พอใช้
≥ 5 คะแนน แต่ < 6	D ต้องปรับปรุง
< 5 คะแนน	F ไม่ผ่าน

การแบ่งระดับคะแนนสถานะการเงินการ คลัง (Risk Score)

สถานะการเงินการคลัง (Risk Score)	ค่าคะแนน	การแปลผล
0-1	3	สถานะการเงินปกติ/ดี
2-5	2	สถานะการเงินอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง/พอใช้
6-7	1	สถานะการเงินอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด/ต้องปรับปรุง

การแบ่งระดับคะแนนรวมประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล (คะแนนรวม TPS และ Risk Score)

คะแนนรวม TPS และ Risk Score	ระดับผลการประเมิน
≥ 9.5	A ดีมาก
≥ 8.5 คะแนน แต่ < 9.5	B ดี
≥ 7.5 คะแนน แต่ < 8.5	C พอใช้
≥ 6.5 คะแนน แต่ < 7.5	D ต้องปรับปรุง
< 6.5 คะแนน	F ไม่ผ่าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดสอบความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังในโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยจัดอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในแบบสอบถาม จำนวน

ประชากรที่จะเก็บข้อมูล (ดังตารางที่ 1) และวิธีการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างใกล้ชิด และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐานโดยทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi- square test)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง จำแนกตามหน่วยบริการ

ลำดับที่	รายชื่อหน่วยบริการ	คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (คน)	ร้อยละ
1.	โรงพยาบาลตรัง	25	19.5
2.	โรงพยาบาลกันตัง	14	10.9
3.	โรงพยาบาลย่านตาขาว	16	12.5
4.	โรงพยาบาลปะเหลียน	12	9.4
5.	โรงพยาบาลสิเกา	8	6.3
6.	โรงพยาบาลห้วยยอด	7	5.5
7.	โรงพยาบาลวังวิเศษ	10	7.8
8.	โรงพยาบาลนาโยง	14	10.9
9.	โรงพยาบาลรัชฎา	13	10.2
10.	โรงพยาบาลหาดสำราญ	9	7.0
	รวม	128	100.0

ผลการวิจัย

จากประชากรศึกษา จำนวน 128 คน พบว่า คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.1 สมรสคู่ ร้อยละ 68.7 จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.6 เป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังในช่วง 4-6 ปี ร้อยละ 50.8 เคยเข้าอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ร้อยละ 57.8 โดยส่วนใหญ่ผ่านการอบรม

หรือร่วมประชุม 1 ครั้ง ร้อยละ 68.9 รองลงมา 2 ครั้ง และ 1 ครั้ง ร้อยละ 18.9 และ 12.2 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2) สำหรับการรับรู้ส่วนใหญ่รับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับรับรู้มาก ร้อยละ 94.5 และมีความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง จำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (n=128)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	37.5
หญิง	80	62.5
อายุ		
40 ปีลงมา	27	21.1
41 - 50 ปี	42	32.8
51 ปีขึ้นไป	59	46.1
สถานภาพสมรส		
โสด	32	25.0
สมรสคู่	88	68.7
หม้าย/หย่า/แยกกัน	8	6.3
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	1	0.8
ปริญญาตรี	84	65.6
ปริญญาโท	43	33.6
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง		
3 ปีลงมา	32	25.0
4 - 6 ปี	65	50.8
7 ปีขึ้นไป	31	24.2
การเข้าอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง		
ไม่เคย	54	42.2
เคยอบรมหรือร่วมประชุม	74	57.8
- 1 ครั้ง	51	68.9
- 2 ครั้ง	14	18.9
- 3 ครั้งขึ้นไป	9	12.2

ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังพบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพอใช้ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง

โรงพยาบาลกันตัง และโรงพยาบาลหาดสำราญ ที่ต้องปรับปรุง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลวังวิเศษ และโรงพยาบาลรัชฎา และไม่ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลย่านตาขาว โรงพยาบาลสิเกา โรงพยาบาลห้วยยอดและโรงพยาบาลนาโยง (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ด้านประสิทธิภาพการเงินการคลังและสถานะการเงินการคลัง จำแนกเป็นรายโรงพยาบาล

หน่วยบริการ	ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง			การจัดระดับผลการประเมิน
	คะแนน TPS	คะแนน Risk Score	รวม	
รพ.ตรัง	5	3	8	พอใช้
รพ.กันตัง	5	3	8	พอใช้
รพ.ย่านตาขาว	5	1	6	ไม่ผ่าน
รพ.ปะเหลียน	5	2	7	ต้องปรับปรุง
รพ.สิเกา	4	2	6	ไม่ผ่าน
รพ.ห้วยยอด	4	2	6	ไม่ผ่าน
รพ.วังวิเศษ	5	2	7	ต้องปรับปรุง
รพ.นาโยง	4	2	6	ไม่ผ่าน
รพ.รัชฎา	5	2	7	ต้องปรับปรุง
รพ.หาดสำราญ	5	3	8	พอใช้

คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังที่มีเพศอายุสถานภาพสมรสระดับการศึกษาการอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง และความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ส่วนระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังตารางที่ 4) สำหรับการรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล n=128

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง			χ^2	df	p-value
	ไม่ผ่าน	ต้องปรับปรุง	พอใช้			
เพศ						
ชาย	41.7 (20)	20.8 (10)	37.5 (18)	2.11	2	0.341
หญิง	31.3 (25)	30.0 (24)	38.7 (31)			
อายุ						
40 ปีลงมา	18.5 (5)	37.0 (10)	44.5 (12)	6.12	4	0.193
41-50 ปี	33.3 (14)	31.0 (13)	35.7 (15)			
51 ปีขึ้นไป	44.1 (26)	20.3 (12)	35.6 (21)			
สถานภาพสมรส						
โสด/หย่า/หย่าแยกกัน	30.0 (12)	27.5 (11)	42.5 (17)	0.83	2	0.663
สมรสคู่	37.5 (33)	27.3 (24)	35.2 (31)			
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า	38.8 (33)	29.4 (25)	31.8 (27)	3.58	2	0.162
ปริญญาโท	27.9 (12)	23.3 (10)	48.8 (21)			
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง						
3 ปีลงมา	21.9 (7)	43.8 (14)	34.4 (11)	11.74	4	0.024*
4-6 ปี	43.1 (28)	26.2 (17)	30.8 (20)			
7 ปีขึ้นไป	32.3 (10)	12.9 (4)	54.8 (17)			
การเข้าอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง						
ไม่เคย	31.5 (17)	33.3 (18)	35.2 (19)	1.71	2	0.126
เคย	37.8 (28)	23.0 (17)	39.2 (29)			
ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการการเงินการคลัง						
ระดับต่ำ	33.4 (14)	19.0 (8)	47.6 (20)	3.33	2	0.182
ระดับสูง	36.0 (31)	31.4 (27)	32.6 (28)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง n=128

การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง		χ^2	df	p-value
	ไม่ผ่านถึงปรับปรุง	พอใช้			
การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง					
ระดับรับรู้น้อย	57.1 (4)	42.9 (3)	0.09	1	1.002
ระดับรับรู้น่า	62.8 (76)	37.2 (45)			

อภิปรายผล

คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่รับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับรับรู้น่า ร้อยละ 94.5 ทั้งนี้ เป็นเพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กำหนดจัดอบรมหรือประชุมชี้แจงคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังเครือข่ายหน่วยบริการทุกปี ๆ ละ 1-2 ครั้ง และทุกครั้งที่มีการประชุม ได้แจ้งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกคนซึ่งเป็นคณะกรรมการเข้าร่วมประชุมด้วย จึงส่งผลให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังแต่ละคนรับรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัทมพร ดิงาม (2562: 65) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดตาก พบว่า คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังมีการรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับสูง สำหรับความคิดเห็นพบว่าคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่มีความเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับสูง ร้อยละ 67.2 เพราะการดำเนินกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง รวมถึงคุณภาพบริการต่อประชาชนที่มารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมพร พรสวรรค์ (2562: 75) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง

เงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า คณะกรรมการบริหารการเงินการคลังมีความคิดเห็น ต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับสูง

สำหรับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในภาพรวมตาม เกณฑ์ด้านประสิทธิภาพการเงินการคลัง (TPS) และ สถานะการเงินการคลัง (Risk Scoring) พบว่ามีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพอใช้ 3 แห่ง (ร้อยละ 30) ต้องปรับปรุง 3 แห่ง (ร้อยละ 30) และ ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง (ร้อยละ 40) สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์หมายถึง โรงพยาบาลที่มีผลคะแนนรวมของประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง (TPS และ Risk Score) น้อยกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง เริ่มนำ เกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลังมาใช้ในระยะแรก ปีที่ 2 ประกอบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งใน ส่วนกลาง ระดับเขตและจังหวัดไม่ได้ติดตาม เร่งรัด การดำเนินงานอย่างจริงจัง และเป็นเพราะว่า โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งอาจจะไม่ให้ความสำคัญกับการ ดำเนินงาน เมื่อทดสอบความ สัมพันธ์ พบว่า ระยะ เวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการบริหารจัดการการเงินการคลัง ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้อง อาศัยบุคลากรที่เคยเป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังที่ยาวนาน เพราะว่าจะมีประสบการณ์ต่อ การบริหารจัดการการเงินการคลัง ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของธนพร นวลแสง (2562: 80) ศึกษา ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของ โรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท พบว่า ระยะเวลากการ

เป็นคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังมีความ สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน การคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิญญา อยู่คง (2562: 62) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดชุมพร พบว่า ระยะเวลากการเป็นคณะกรรมการบริหาร การเงินการคลังมีความ สัมพันธ์กับประสิทธิภาพ การบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของอำพล สุขราช (2562: 79) ประเมินประสิทธิภาพ การบริหารจัดการการเงินการคลังในโรงพยาบาล จังหวัดสระบุรีพบว่าระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการ บริหารการเงินการคลัง ไม่มีความ สัมพันธ์กับ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง

สำหรับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารจัดการ การเงินการคลัง การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการ การเงินการคลัง และความคิดเห็นต่อกิจกรรม การบริหารจัดการการเงินการคลัง พบว่า ไม่มีความ สัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน การคลัง ทั้ง ๆ ที่ปัจจัยดังกล่าว มีส่วนที่จะส่งผล ต่อการดำเนินงานบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่เนื่องจาก เนื่องจากโรงพยาบาลได้เริ่มนำเกณฑ์ ประสิทธิภาพการเงินการคลังมาใช้ในระยะแรก ปีที่ 2 ประกอบกับการบริหารจัดการการเงินการ คลังต้องอาศัยการบริหารและการตัดสินใจร่วมกัน ในรูปแบบคณะกรรมการ ดังนั้น เพศ อายุ ระดับการ ศึกษา สถานภาพสมรส การอบรมหรือร่วมประชุม การบริหารจัดการการเงินการคลัง การรับรู้กิจกรรม การบริหารจัดการการเงินการคลัง และความคิดเห็น

ต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลของคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง จึงยังไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพร นวลแสง (2562: 78) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท และผลการศึกษาของศิริพร แจ่มจรัส (2562: 81) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของวารุณี ขำสวัสดิ์ (2558: 73) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรีพบว่า เพศต่างกันมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุคคลคนอายุต่างกัน มักจะตระหนักและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานแตกต่างกัน แต่จากการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง เนื่องจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังกลุ่มที่มีอายุต่างกัน มักจะมีความรู้และมีโอกาสรับรู้ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังและมีความตระหนักต่อการดำเนินกิจกรรมไม่ต่างกัน จึงส่งผลให้บุคคลแต่ละกลุ่มอายุมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลังไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวิญญา อัญคง (2561: 64) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดชุมพรพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง

การคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร แจ่มจรัส (2561: 82) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง เนื่องจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับไม่ต่างกัน จึงมีโอกาสแสวงหาความรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังไม่ต่างกัน และสามารถเลือกปฏิบัติต่อการดำเนินกิจกรรมที่ไม่แตกต่างกันอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำพล สุขราช (2561: 78) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดสระบุรีพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง และสอดคล้องกับการศึกษาของปีทมพร ดิงาม (2561: 67) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดตาก พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนกานต์ บุญสูง (2561: 70) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ทั้งนี้ เนื่องจากว่าคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน อาจจะมี

เวลาสำหรับการปฏิบัติงานและตระหนักต่อการดูแลงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะที่เป็นโรคหรือเป็นหม่าย/หย่า/แยกกันและสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของวรัญญา อยู่คง (2561: 65) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดชุมพร พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร แจ่มจรัส (2561: 82) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังในโรงพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของประภัสสร พรสวรรค์ (2561: 75) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลังไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพราะว่าการดำเนินงานตามเกณฑ์ประสิทธิภาพการเงินการคลังอยู่ในช่วงระยะแรก ปีที่ 2 ของการดำเนินงาน ประกอบกับการบริหารจัดการการเงินการคลังต้องอาศัยการบริหารและการตัดสินใจในรูปแบบคณะกรรมการ จึงไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพร นวลแสง (2561: 81) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท พบว่า การอบรมหรือร่วม

ประชุมการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง และสอดคล้องการศึกษาของภักดิ์สร พรสวรรค์ (2561: 77) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร แจ่มจรัส (2561: 84) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การอบรมหรือร่วมประชุมการบริหารการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง เนื่องจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ส่วนใหญ่มักจะรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังมาก่อน แต่ยังไม่พิจารณาหรือกำหนดแนวทางหรือมาตรการการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำพล สุขราช (2561: 82) ประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี พบว่า การรับรู้กิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา และเพ็ญแข สะอาดยิ่ง (2559: 156) ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังใน

โรงพยาบาลในหน่วยโยธา พบว่า การรับรู้ของ คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล เป็นเพราะว่าคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ยังไม่กำหนดแนวทางหรือดำเนินกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ ปภัสสร พรสวรรค์ (2561: 77) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าความคิดเห็นต่อกิจกรรมการบริหารจัดการการเงินการคลังไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี ขำสวัสดิ์ (2558: 73) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรีพบว่า ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังต่างกัน มีประสิทธิภาพต่อการบริหารจัดการงานคลังแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ผลการประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังอยู่ระดับไม่ผ่านเกณฑ์และต้องปรับปรุง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จะต้องติดตาม กำกับ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงิน

การคลังของโรงพยาบาลให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อทราบข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นจริงมากที่สุด หรือวิจัยเชิงพัฒนา วิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จเพราะได้รับความร่วมมือด้วยดีจากคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง ที่กรุณาช่วยตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อด้วยความเต็มใจและจริงใจ และขอขอบคุณ คุณจำเริญ ชญาชัย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ข้าราชการบำนาญ) และคุณสมศักดิ์ สรรเกียรติกุล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และคุณปัทมา บุญถนอม ตำแหน่งนักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ จากโรงพยาบาลตรัง ได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเครื่องมือการวิจัย และขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลชุมชน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บข้อมูลจนแล้วเสร็จ สำหรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมา

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางการเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการเงินการคลังและทรัพยากรสุขภาพของสถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.

- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ตารางวิกฤติระดับ 7 ไตรมาส 4 ปี 2559 สืบค้น 19 ธันวาคม 2562, จาก <http://hfo60.cfo.in.th>.
- กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). ตารางวิกฤติระดับ 7 ไตรมาส 4 ปี 2560 สืบค้น 19 ธันวาคม 2562, จาก <http://hfo60.cfo.in.th>.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). ตารางวิกฤติระดับ 7 ไตรมาส 4 ปี 2561. สืบค้น 19 ธันวาคม 2562, จาก <http://hfo61.cfo.in.th>.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). เอกสารประกอบการประชุมแนวทางการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการเงินการคลัง. (อัดสำเนา).
- ชนกานต์ บุญส่ง. (2562). การประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี.
- ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สำลี เวชกามา และเพ็ญแข สะอาดยิ่ง. (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดยโสธร.
- ธนพร นวลแสง. (2562). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดชัยนาท.
- ปภัสสร พรสวรรค์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ด.
- ปัทมพร ดิงาม. (2562). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดตาก.
- วารุณี ขำสวัสดิ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานคลังขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดเพชรบุรี (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด).
- วรัญญา อยู่คง. (2562). การประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดชุมพร.
- ศิริพร แจ่มจรัส. (2562). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2562). เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) จังหวัดตรัง ครั้งที่ 1/2562 วันที่ 23 มกราคม 2562.
- อรพันธ์ อันติมานนท์. (2555). หลักพื้นฐานในการวิจัยสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อำพล สุขราช. (2562). การประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล เขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

Relationships between Perception of Measles Severity and Personal Factors and Caring Behaviors of Caregivers of Measles Pediatric, Yarang District, Pattani Province.

อับดุลเลาะ แวโดयी¹, มะฆอซี แลมีซอ² และ อาฮีเสาะ มาฮีเล³

Abdulloh Waedoyee¹, Makhorse Laemeesor² and Aisoh Mahileh³

โรงพยาบาลยะรัง^{1, 2, 3}

Yarang Hospital^{1, 2, 3}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล เลือกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลแบบเจาะจงจำนวน 251 ราย จากผู้ดูแลที่นำเด็กเป็นโรคหัดซึ่งมีอายุ 9 เดือนถึง 12 ปีเข้ามาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีประเด็นเนื้อหาประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก และ 3) พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดโดยรวมในระดับ ปานกลาง ($=2.84, SD=0.98$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล ($r=0.158, p<0.05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำกับอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ($r=-0.145, p<0.05$; $r=-0.133, p<0.05$) อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการคลุกคลี สัมผัสกับเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแลและของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.188, p<0.01$; $r=0.175, p<0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในระดับต่ำเช่นกัน ($r=0.149, p<0.05$) ผลวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัดมาก่อน มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดและมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ : เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเสริมสร้างความตระหนักให้ประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหัด อาการแสดงของโรค การป้องกันโรคและหยุดยั้งการแพร่เชื้อ จวบจนเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัด, พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด, ผู้ดูแล

Abstract

This study aimed to examine the relationships between perception of measles severity and personal factors of caregivers and caring behaviors of caregivers of measles pediatric. A total of 251 study samples were purposively recruited from caregivers that brought measles pediatric aged 9 months–12 years to service clinic of a community hospital and sub district health promoting hospital, Yarang district, Pattani province. Data collection was conducted using a questionnaire composed of 1) Personal questionnaire of caregivers, 2) Questionnaire of Perceived Severity of measles, and 3) Behaviors of caring measles pediatric. Data analysis was performed using mean, percentage, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient.

Research results revealed that: the total score of measles severity perception of caregivers was at a moderate level ($=2.84$, $SD=0.98$); there was a significant positive relationship at a low level between individual of severity perception and the caring experience of pediatric measles ($r=0.158$, $p<0.05$) and significant negative relationship at a low level between occupation and source of income ($r=-0.145$, $p<0.05$; $r=-0.133$, $p<0.05$). However, the severity perception of measles pediatric was a significant positive relationship at a low level with contact behavior with measles patients for caregivers and child ($r=0.188$, $p<0.01$; $r=0.175$, $p<0.01$) and as well as behavior of bringing a child to be vaccinated ($r=0.149$, $p<0.05$). Research findings also showed caregivers with caring experience of pediatric measles was a significant degree of the severity perception of measles and caring behavior for measles pediatric.

Suggestion: The public health officers could apply lines of information for planning of people awareness regarding the severity of measles, symptoms of disease, disease prevention and transmission interruption and motivation for appropriate health care behavior.

Keywords : Perception of measles severity, Caring behaviors of caregivers of measles pediatric, Caregivers.

บทนำ

โรคหัด (Measles หรือ Rubeola) เป็นโรคไข่ออกผื่นที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสรูบิโอลา (Rubeola virus) (Saskatchewan, 2015) เชื้อไวรัสรูบิโอลาเป็นไวรัสในตระกูล Paramyxoviridae กระจายอยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย และเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 7-14 วัน อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ สมออักเสบ ถ่ายเหลว ขาดน้ำ ชัก เป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ ส่วนผู้ที่เคยติดเชื้อมาแล้วจะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต และโรคนี้นี้มีวัคซีนป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูงเกือบร้อยละ 100 เป็นโรคที่พบเกิดได้ตลอดทั้งปี แต่ก็มีอุบัติการณ์สูงในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน สามารถพบได้ในคนทุกวัย แต่มักพบในเด็กอายุ 2-14 ปี และพบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มักไม่พบในทารกอายุต่ำกว่า 6-8 เดือน เนื่องจากยังมีภูมิคุ้มกันที่ได้รับจากมารดาตั้งแต่อายุในครรภ์ ส่วนโอกาสในการเกิดโรคในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีใกล้เคียงกัน โรคนี้สามารถติดต่อแพร่กระจายได้ง่าย จึงอาจพบการระบาดตามชุมชน โรงเรียน หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก (สุรเกียรติ, 2553)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานว่าในช่วง 6 เดือนแรกของปี ค.ศ.2018 มีผู้ติดเชื้อโรคหัดในยุโรปจำนวนมากกว่า 41,000 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 37 ราย ในขณะที่ปี ค.ศ.2017 มีผู้ติดเชื้อเพียง 23,927 ราย และในปี ค.ศ.2016 จำนวน 5,273 ราย ซึ่งถือเป็นจำนวนของผู้ติดเชื้อโรคหัดสูงเป็นประวัติการณ์ในยุโรป (BBC NEWS ปีซีไทย, 2018) และโรคหัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กจำนวนมากที่สุดในโลก (Kabra SK., Lodhra R., 2013) ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิต

ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 5 ปี (WHO, 2018) โดยสามารถพบอาการแทรกซ้อนได้ประมาณร้อยละ 30 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ได้แก่ ท้องร่วง ตาบอด สมออักเสบ ปอดอักเสบ และอาการอื่น ๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 0.2 แต่อาจสูงได้ถึงร้อยละ 10 ในผู้ที่ขาดสารอาหาร (Atkinson, William L. 2015)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2561 พบว่ามีการระบาดของโรคหัดโดยพบผู้ป่วยไข่ออกผื่นและสงสัยโรคหัดจากฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัดทั้งสิ้น 2,582 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 20-39 ปี (ร้อยละ 45) รองลงมาได้แก่อายุ 1-4 ปี (ร้อยละ 18) และต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 14) จากรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคหัดโดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC) จังหวัดปัตตานีตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 7 ธันวาคม 2561 พบผู้ป่วยโรคหัดจาก 12 อำเภอ จำนวน 1,350 ราย อัตราป่วย 216.56 ต่อแสนประชากร เด็กที่เป็นโรคหัดเสียชีวิตแล้ว 9 ราย (อัตราตาย 1.60 ต่อแสนประชากร) จากอำเภอยะรัง จำนวน 6 ราย อำเภอมายอ จำนวน 2 ราย และอำเภอทุ่งยางแดง จำนวน 1 ราย (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2561) ประวัติผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตพบว่า ไม่เคยฉีดหรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยเด็กส่วนมากร้อยละ 80 ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนหัดหรือไม่แน่ใจว่าเคยได้รับวัคซีน (ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2562) โรคหัดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาวไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ

0-5 ปี พบว่ามีผู้ดูแลที่ยังมีพฤติกรรมไม่นำเด็กเข้ารับ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือฉีดไม่ครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้โดยให้เหตุผลว่า กลัวลูกไม่สบาย ไม่ สะดวก ไม่มีเวลา (ซาซุจิน ดายะ, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, และเจษฎากร โนนินทร์, 2561)

การที่ผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญในการนำเด็ก เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือฉีดไม่ครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ เนื่องมาจากปัญหาอุปสรรคของผู้รับ วัคซีนได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา ความรู้ความเข้าใจ ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและวัคซีน ความเชื่อเรื่อง การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตของเด็กหลังได้รับวัคซีน ของผู้ปกครอง วิธีชีวิตในการประกอบอาชีพของ ผู้ปกครองที่ไม่เอื้อต่อการนำเด็กมารับวัคซีน การย้าย ที่อยู่อาศัย เป็นต้น (โครงการพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารวัคซีนและยา, 2555) ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผล ต่อการให้ความร่วมมือของผู้ดูแลในการรักษาพยาบาล (แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล, และ อัจฉริยา ปทุมวัน, 2554) ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึง การรับรู้ต่อความรุนแรง ของโรคหัดในเด็กของผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคลว่า มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลรักษาโรคหัด ในเด็กอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน ดำเนินโครงการ กิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลรักษาและการป้องกัน โรคหัดในเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคลของ ผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้

ความรุนแรงของโรคหัดกับพฤติกรรมการดูแลเด็ก ที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคลกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของ ผู้ดูแล

สมมติฐาน

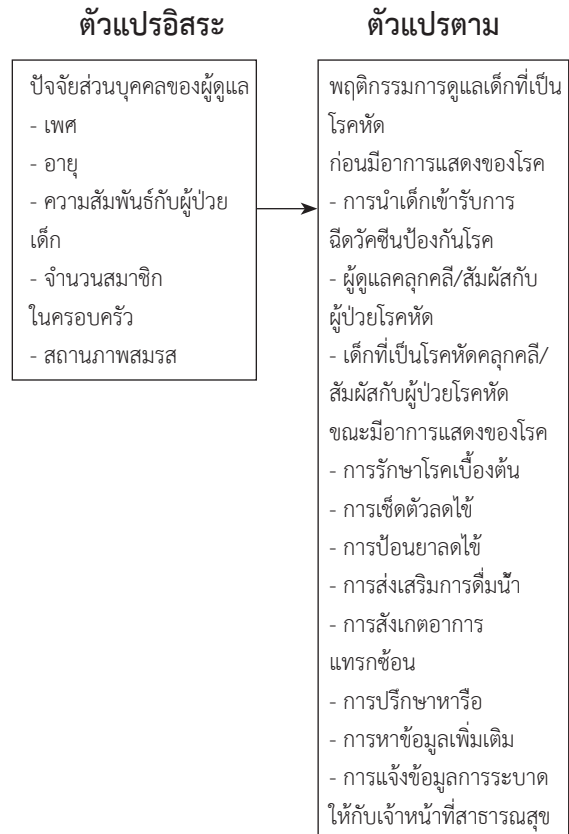
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดมีความ สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของ ผู้ดูแล
3. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการ ดูแลสุขภาพตนเองของ เคิร์ต เลวิน (1976 อ้างตาม วิริญญา เมืองช้าง, 2559) ที่กล่าวถึงความหมาย ในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค รวมถึงการค้นหาหรือรักษาโรคในระยะ เริ่มแรกโดยใช้แหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงการรักษา ในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเองและการให้การช่วยเหลือ ของกลุ่มบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในแวดวงวิชาชีพ สาธารณสุข โดยตรง เช่น ให้การพยาบาล หรือการให้ความ ช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรือสังคม และยังรวมถึง แหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเศรษฐกิจ และนโยบายของสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วย

งานก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมถึงผู้ที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลในการที่จะได้รับการดูแลรักษาตามประสบการณ์ของผู้ดูแล หรือตามวิถีชีวิตของผู้คนในท้องถิ่นนั้น ๆ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ดูแลหลักที่ใกล้ชิดและมีเวลาดูแลผู้ป่วยเด็กตลอดเวลาของการรักษามักเป็นมารดาหรือผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงวัยผู้ใหญ่เสียส่วนใหญ่ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความต้องการและมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (รุ่งทิพย์, 2539; Kristensson – Hallstrom, 1999) อ้างตาม แชนภารัตน์พิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน, 2554) และถือเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ดี มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ ความมั่นคง และประสบการณ์ ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของอำไพ แก้วบัณฑิต (2550) อ้างตาม ธมลวรรณ สีนาค, 2560) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจะรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก ทำให้สามารถดูแลสุขภาพและมีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านการศึกษาที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในการศึกษาและแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรเพื่อนำมาศึกษาคือ ตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัด ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด ซึ่งผู้วิจัยสังเคราะห์เนื้อหา

การประเมินความรุนแรงของโรคหัดของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) และจากตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 ของนายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกาฬ (2553) และได้จัดทำกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ปี พ.ศ.2561 จังหวัดปัตตานีมีประชากรเด็กเป็นโรคหัดจำนวน 1,350 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกพื้นที่ทำการวิจัยจากการระบาดของโรคและการเสียชีวิตของเด็กที่พบมากที่สุดคืออำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 251 ราย เป็นผู้ดูแลหลักที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอยะรังที่นำเด็ก อายุ 9 เดือนถึงอายุ 12 ปีที่เป็นโรคหัดเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลประจำอำเภอยะรัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานีจำนวน 17 แห่ง ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ.2561 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยประเด็นเนื้อหาจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก 4) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 5) สถานภาพสมรส 6) ระดับการศึกษาภาคสามัญ 7) ระดับการศึกษาภาคศาสนา 8) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน 9) แหล่งที่มาของรายได้ 10) ความเพียงพอของรายได้ 11) อาชีพ 12) ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด และ 13) ผู้ที่ทำการตัดสินใจนำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ารับการรักษา

ส่วนที่ 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก เนื้อหาส่วนนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการ

สังเคราะห์เนื้อหาโรคหัดของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) และจากตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 ของนายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานูภาพ (2553) ประกอบด้วยประเด็นเนื้อหาจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ของโรค 2) อาการแสดงของโรค 3) ภาวะแทรกซ้อน 4) การระบาดและแพร่กระจายเชื้อ 5) การได้รับวัคซีนป้องกัน 6) การเป็นอันตรายต่อชีวิต 7) ระยะเวลาในการรักษา และ 8) ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันหรือการประกอบอาชีพ

ลักษณะคำตอบเป็นเส้นแบ่งระดับความรุนแรง 0-10 คะแนน ตามแนวคิดการให้คะแนนการบาดเจ็บฉบับปรับปรุง (Revised Trauma Score) (จุฬาลักษณ์ ลิมลี้อชา, 2547 อ้างตาม อับดุลเลาะ แวโดยี, 2552) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกากบาทบนเส้นแบ่งระดับความรุนแรงตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดเป็นคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย (0.00-2.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.51-5.00 คะแนน) ระดับมาก (5.01-7.50 คะแนน) และมากที่สุด (7.51-10.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล เนื้อหาส่วนนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการสังเคราะห์เนื้อหาพฤติกรรมการดูแลรักษาโรคหัดจากตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 ของนายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานูภาพ (2553) ประกอบด้วยประเด็นเนื้อหาจำนวน 11 ข้อ ได้แก่

ก) การดูแลก่อนมีอาการของโรค จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค 2) การคลุกคลีหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดของผู้ดูแล และ 3) การคลุกคลีหรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดของเด็กที่เป็นโรคหัด

ข) การดูแลขณะมีอาการของโรค จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรักษาโรค 2) การเช็ดตัวลดไข้ 3) การป้อนยาลดไข้ 4) การส่งเสริมการดื่มน้ำ 5) การสังเกตอาการแทรกซ้อน 6) การปรึกษาหารือ 7) การหาข้อมูลเพิ่มเติม และ 8) พฤติกรรมการแจ้งข้อมูลการระบาดของโรคให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การแปลผลพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแลโดยการแบ่งอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอยู่ในระดับน้อย (0-11 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-22 คะแนน) และระดับมาก (23-33 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (content validity) และหาความเที่ยง (reliability) โดยการทดสอบใช้กับผู้ดูแลที่นำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลหนองจิก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 20 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.86 โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กและพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแลเท่ากับ 0.91 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลการเข้ารับการรักษาของเด็กที่เป็นโรคหัดย้อนหลังจากแฟ้มรายการการระบาด (รง.506) จากโรงพยาบาลยะรัง และนัดประชุมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี จำนวน 17 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม เพื่อติดตามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดตามที่อยู่บ้านเลขที่ในเขตความรับผิดชอบ โดยให้สอบถามถึงความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและให้ลงลายมือชื่อยินยอมหรือไม่ต้องการลงลายมือชื่อก็ได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามเองได้ เจ้าหน้าที่จะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบพร้อมกับให้ตรวจสอบคำตอบซ้ำ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในซองปิดผนึกเป็นความลับตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดโดยรวมและรายด้าน และพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยรวมและรายด้าน

2. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดและพฤติกรรมการดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 และ 0.87 ตามลำดับ และหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลโดยใช้สถิติ

เชิงวิเคราะห์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

จริยธรรมวิจัย

ทีมผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เคยนำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ารับบริการรักษา โดยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งระยะเวลาของการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถามต่อระหว่างการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันที ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การเก็บข้อมูลต่าง ๆ จะไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุล ที่อยู่ ที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี หมายเลขรับรอง RECPT No.007/62 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 หมดอายุวันที่ 1 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.1) มีช่วงอายุระหว่าง 31-45 ปี (ร้อยละ 48.2) ค่าอายุเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 35.37 ± 9.98 ความสัมพันธ์

กับเด็กที่เป็นโรคหัดคือ เป็นมารดาและบิดา (ร้อยละ 77.3 และ 11.5) สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยร่วมกันส่วนใหญ่คือ 3 คน (ร้อยละ 18.7) สถานภาพของผู้ดูแลส่วนมากมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 87.6) จบการศึกษาภาคสามัญในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และภาคศาสนาในระดับชั้นอิติตาอีย์ (ระดับต้น) (ร้อยละ 42.6 และ 35.9) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 5,000-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 51.0) สามี/ภรรยาเป็นผู้หารายได้มาจุนเจือเลี้ยงครอบครัว (ร้อยละ 47.4) รายได้อยู่ในระดับ เพียงพอ (ร้อยละ 61.0) ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดส่วนมากมีอาชีพรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 47.0 และ 22.3) และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดมาก่อน (ร้อยละ 72.1) บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีการตัดสินใจร่วมกันในการนำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ามารับการรักษาในครั้งนี้ (ร้อยละ 45.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=251)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	13.9
หญิง	216	86.1
อายุ (ปี) =35.37 SD=9.98 Min=20 Max=67		
15-30	92	36.6
31-45	121	48.2
46-60	31	12.4
>60	7	2.8
ความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคหัด		
บิดา	29	11.5
มารดา	194	77.3
ป้า/น้า/อา	14	5.6
ย่า/ยาย	12	4.8
ปู่/ตา	2	0.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด (นับรวมกับผู้ป่วย)		
1 คน	1	0.4
2 คน	19	7.6
3 คน	47	18.7
4 คน	35	13.9
มากกว่า 4 คน	149	59.4
สถานภาพสมรส		
โสด	10	4.0
คู่	220	87.6
หม้าย, หย่าร้าง, แยก	16	6.4
อื่น ๆ	5	2.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=251)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาภาคสามัญ		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	6.4
ได้รับการศึกษต่ำกว่า ป.6	16	6.4
จบประถมศึกษา (ป.6)	107	42.6
จบมัธยมศึกษา (มศ.5, ม.6)	69	27.5
จบอุดมศึกษา (ปวส., ปริญญาตรี, โท)	40	15.9
อื่น ๆ	3	1.2
ระดับการศึกษาภาคศาสนา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18	7.2
จบชั้นดาดิกา (ศาสนาเบื้องต้น)	52	20.7
ชั้นอับติคาลัย (ศาสนาระดับต้น)	90	35.9
ชั้นมุตวาซิด (ศาสนาระดับกลาง)	57	22.7
ชั้นฆามาวิ (ศาสนาระดับสูง)	31	12.3
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	1	0.4
อื่น ๆ	2	0.8
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	88	35.0
5,000-10,000 บาท	128	51.0
10,001-15,000 บาท	24	9.6
15,001-20,000 บาท	6	2.4
มากกว่า 20,000 บาท	5	2.0
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตร	9	3.6
ทำงานเอง	112	44.6
สามี/ภรรยา	119	47.4
อื่น ๆ	11	4.4
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	84	33.5
เพียงพอ	153	60.9
เหลือเก็บ	14	5.6
อาชีพ		
รับจ้าง	118	47.0
ค้าขาย	56	22.3
เกษตรกร	25	10.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	3.6
ว่างงาน	5	2.0
พ่อ/แม่บ้าน	32	12.7
อื่น ๆ	6	2.4
ประสบการณ์เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด		
มี	70	27.9
ไม่มี	181	72.1
ผู้ที่ทำการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กโรคหัดเข้ารับการรักษา		
ในครั้งมีคือ		
ตัดสินใจเอง	114	45.4
บิดา/มารดา	48	19.1
ตัดสินใจร่วมกัน	72	28.7
ป้า/น้า/อา	3	1.2
ย่า/ยาย	6	2.4
ปู่/ตา	2	0.8
อื่น ๆ	6	2.4

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย \pm

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.84 ± 0.98 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดมีการรับรู้ความรุนแรงในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่รับรู้ในด้านการฉีดวัคซีนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคมามากที่สุด มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.03 ± 0.94 และการรับรู้ด้านความรุนแรงของอาการแสดงของโรคน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.72 ± 0.99 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก รายด้าน (n=251)	จำนวน	\bar{X}	SD	ระดับ
- ด้านการฉีดวัคซีนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	102	3.03	0.94	ปานกลาง
- ด้านการเป็นอันตรายที่ส่งผลต่อชีวิต	96	2.95	1.02	ปานกลาง
- ด้านการส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน/การประกอบอาชีพ	91	2.94	0.97	ปานกลาง
- ด้านความรุนแรงสถานการณ์ของโรค	89	2.78	0.98	ปานกลาง
- ด้านการเป็นพาหะระบาด/แพร่กระจายเชื้อ	84	2.78	0.96	ปานกลาง
- ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาที่ยาวนาน	83	2.76	0.96	ปานกลาง
- ด้านความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	82	2.73	1.01	ปานกลาง
- ด้านความรุนแรงของอาการแสดง	86	2.72	0.99	ปานกลาง
ภาพรวมทุกด้าน	90	2.84	0.98	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กกับปัจจัยส่วนบุคคลด้วย Pearson product moment correlation พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดมาก่อน

($r=0.158$, $p<0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาชีพ และแหล่งที่มาของรายได้ ($r=-0.145$, $p<0.05$ และ $r=-0.133$, $p<0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคหัด จำนวนสมาชิก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาด้านสามัญและด้านศาสนา รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และผู้ตัดสินใจนำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ารับการรักษา นั้นไม่พบความสัมพันธ์ใด ๆ กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กแต่อย่างใด

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=251)	การรับรู้ความรุนแรง	
	r	p-value
- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด	0.158*	0.012
- อาชีพ	-0.145*	0.022
- แหล่งที่มาของรายได้	-0.133*	0.035
- เพศ	0.14	0.825
- อายุ	-0.007	0.911
- ความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคหัด	0.120	0.057
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว	0.010	0.869
- สถานภาพสมรส	0.120	0.057
- ระดับการศึกษาด้านสามัญ	-0.086	0.177
- ระดับการศึกษาภาคศาสนา	-0.085	0.181
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.060	0.346
- ความพอเพียงของรายได้	-0.048	0.446
- ผู้ตัดสินใจนำเด็กที่เป็นโรคหัดเข้ารับการรักษา	0.085	0.178

$p<0.05$

4. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดก่อนมีอาการแสดงของโรคพบว่า ผู้ดูแลจำนวน

83 ราย ที่มีพฤติกรรมนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบเกณฑ์ที่กำหนด และผู้ดูแลมีประวัติการคลุกคลี/สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดมาก่อนจำนวน 80 ราย

พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดขณะมีอาการแสดงของโรคนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรักษาโรคเบื้องต้นด้วยการเช็ดตัวลดไข้และป้อนยาลดไข้มากที่สุด (จำนวน 123 และ 114 ราย) ทั้งนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย ที่พาเด็กไปรักษาที่หมอบ้านหรือใช้ยาสมุนไพรในการรักษา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด

พฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด (n=251)	จำนวน	\bar{X}	SD	ระดับ
ก่อนมีอาการแสดง				
- การนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	83	3.00	1.25	ปานกลาง
- ผู้ดูแลมีประวัติคลุกคลี/สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัด	80	3.00	1.26	มาก
- เด็กที่เป็นโรคหัดมีประวัติคลุกคลี/สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัด	79	2.89	1.24	ปานกลาง
ขณะมีอาการแสดง				
- การพาไปหมอบ้าน/การใช้ยาสมุนไพร	73	2.88	1.22	มาก
- การป้อนยาลดไข้	114	4.27	0.87	มากที่สุด
- การเช็ดตัวลดไข้	123	4.22	0.88	มากที่สุด
- การสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย/หมดแรง ถ่ายเหลว ท้องเหนื่อย เป็นต้น	114	3.66	1.14	มาก
- การส่งเสริมการดื่มน้ำ เพื่อป้องกันการขาดน้ำและช่วยลดไข้	122	3.91	1.00	มาก
- การปรึกษาหารือ	101	3.66	1.05	มาก
- การหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่นจาก อินเทอร์เน็ต กลุ่ม Line และอื่น ๆ เป็นต้น	98	3.34	1.28	มาก
- การแจ้งข้อมูลการระบาดให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ	92	3.46	1.02	มาก

5. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแลด้วย Pearson product moment correlation พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคหัดมาก่อนของผู้ดูแลและตัวเด็กที่เป็นโรคหัด ($r=0.188, p<0.01$ และ $r=0.175, p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคเช่นกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดของผู้ดูแล

พฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด (n=251) อาการแสดงของโรค	การรับรู้ความรุนแรง	
	r	p-value
พฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดก่อนมีอาการแสดงของโรค		
- ผู้ดูแลมีการคลุกคลี/สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดมาก่อน	0.188**	0.003
- เด็กที่เป็นโรคหัดเคยคลุกคลี/สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดมาก่อน	0.175**	0.005
- ผู้ดูแลมีการนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	0.149*	0.018
พฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดขณะมีอาการแสดงของโรค		
- การปรึกษาหารือเกี่ยวกับโรค/การรักษา	0.171**	0.007
- การสังเกตอาการแทรกซ้อนของโรค	0.147*	0.020
- การป้อนยาลดไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง	0.136*	0.031

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

อภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กของผู้ดูแลสรุปว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดบางส่วนได้มีการปรึกษาหารือและได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และ อสม. อย่างสม่ำเสมอ มีการหาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัดเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่นจากอินเทอร์เน็ต กลุ่ม Line และอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของแขนง รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน (2554) ที่พบว่าผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการรับรู้อาการป่วยรุนแรงของผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งส่งผลต่อการให้ความร่วมมือของผู้ดูแลในการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่า ผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะมีความวิตกกังวล ภาวะเครียด กลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จึงมีความต้องการในการดูแลและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดรายด้านในระดับปานกลางในเรื่องของการฉีดวัคซีนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรค โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด จึงพบว่ามีผู้ดูแลบางส่วนที่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนำเด็กเข้ารับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคครบเกณฑ์ที่กำหนด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัดมาก่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถรักษา

เด็กที่เป็นโรคหัดเบื้องต้นด้วยการป้อนยาเพื่อลดไข้ เช็ดตัวและกระตุ้นการดื่มน้ำเพื่อช่วยลดไข้และ ป้องกันการขาดน้ำ กลุ่มตัวอย่างบางส่วนสามารถ ที่จะสังเกตอาการแทรกซ้อนได้ เช่น อ่อนเพลีย/ หมดแรง ถ่ายเหลว หอบเหนื่อย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของอำไพ แก้วบัณฑิต (2550 อ้างตาม ชมลวรรณ สีนาค, 2560) ที่ศึกษาในผู้ดูแลเด็ก โรคหัดเรื้อรังเม็ดเลือดขาวที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจะรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก ทำให้สามารถดูแลสุขภาพและมีทักษะในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น และระยะเวลา ที่ยาวนานในการดูแลจะเพิ่มพูนประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการ ดูแลมากขึ้น ทั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัด ยังมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำกับอาชีพ และแหล่งที่มาของรายได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า อาชีพและแหล่งที่มาของรายได้ ที่แตกต่างกันนั้นจะส่งผลและมีผลน้อยมากต่อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดของผู้ดูแล หากอาชีพ ของผู้ดูแลนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องใด ๆ กับสุขภาพร่างกาย หรือภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งแตกต่างกับอาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ตะแก้ว (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัดเลือดออก ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง ของโรคหัดกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด ของผู้ดูแลนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการคลุกคลี กับผู้ป่วยโรคหัดมาก่อนของผู้ดูแลและตัวเด็กที่

เป็นโรคหัดมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในระดับต่ำตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่ขาดการป้องกันและไม่ตระหนักถึงผล ของโรคที่จะเกิดขึ้นตามมา โดยพบว่ามีการคลุกคลี/ สัมผัสกับผู้ป่วยโรคหัดที่เป็นบุคคลภายในครอบครัว เดียวกัน และจากนอกสถานที่ เช่น ในโรงเรียน การเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของแขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน (2554) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแล เด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพฤติกรรมการนำเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพฤติกรรมการนำเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชำชูติน ดายะ, นิรัชรา ลิลละธัญกุล, และเจษฎากร โนนินทร์ (2561) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ยังมีพฤติกรรม นำเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือฉีดไม่ครบ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยให้เหตุผลว่า กลัวลูก ไม่สบาย ไม่สะดวก ไม่มีเวลา

การนำผลการวิจัยไปใช้

- นำข้อมูลที่ได้ส่งกลับสู่พื้นที่เพื่อให้เจ้าหน้าที่นำไปใช้ในการวางแผนเชิงรุกและป้องกัน ในการระบาดครั้งต่อไป
- ถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัด กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหัด ดังนั้นควรมีการนำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการศึกษาถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ อัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. Rama Nurs Journal. 2 (17), 232-247.

โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารวัคซีนและยา. 2555. ปัจจัยของผู้ปกครองต่อการนำเด็กเข้ารับวัคซีนพื้นฐานในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ชายแดนใต้. DRUG & VACCINE INFORMATION SYSTEM. ค้นเมื่อ ธันวาคม 22, 2561, จาก <http://k4ds.psu.ac.th/vaccine/content/%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2-0>

ชำชูติน ดายะ, นิรัชรา ลิลละย์กุล, และเจษฎากร โนนินทร์. (2561). ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กชาว ไทยมุสลิมต่อการปฏิเสธการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี. วารสารกรมการแพทย์. 43 (5), 138-139.

ทวี โชติพิทยสุนนท์. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย โรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด พ.ศ.2562. ค้นเมื่อ ธันวาคม 25, 2562, จาก file:///C:/Users/Downloads/[PIDST]-899_20191128_CPG.pdf

ฉมลวรรณ สีนาค. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ตะแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารบทคัดย่อกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 6, 416-425.

วิริญญา เมืองช้าง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอมะนัง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.

ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (ศูนย์ EOC Pattani). (2561). สถานการณ์โรคหัด จังหวัดปัตตานี. ค้นเมื่อ ธันวาคม 23, 2561, จาก http://www.ptn.moph.go.th/ptn/?page_id=1876.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). โรคหัด (Measles). ค้นเมื่อ ธันวาคม 16, 2561, จาก [http://www.dmsc-library.moph.go.th/ebooks/files/showimgpic%20\(5\).pdf](http://www.dmsc-library.moph.go.th/ebooks/files/showimgpic%20(5).pdf)

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพ็บลิชชิ่ง.

อับดุลเลาะ แวโดยี. (2552). การรับรู้ความรุนแรงของบาดแผลฉีกขาดและพฤติกรรมการดูแลบาดแผลก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยไทยมุสลิมภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Atkinson, William L. (2015). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/>

BBC NEWS ปีสึไทย. (2518). ยอดผู้ติดเชื้อโรคหัดในยุโรปสูงเป็นประวัติการณ์. ค้นเมื่อ สิงหาคม 19, 2561, จาก <https://www.bbc.com/thai/international-45257693>

Kabra SK, Lodhra R. (2013). Antibiotics for preventing complications in children with measles. Cochrane Database of Systematic Reviews. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001477.pub4/full>.

Saskatchewan. (2015). Prevention and treatment measles (Red measles, Rubeola). Government of Saskatchewan. 10 February 2015. ค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.health.gov.sk.ca/red-measles>.

World Health Organization. (2018). Measles. Retrieved November 29, 2018, ค้นเมื่อ ธันวาคม 19, 2561, จาก <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/measles>

การรับรู้ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดพังงา ปี 2563

Perception of elderly health service system of service providers
in a secondary and tertiary health care in Phang Nga Province, 2020.

สุเทพ รักเมือง

Suthep Rukmoung

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phang Nga Provincial Public Health Office.

บทคัดย่อ

การวิจัยการรับรู้ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ จังหวัดพังงา ปี 2563 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิของผู้สูงอายุและเพื่อให้ได้แนวทางการจัดระบบในการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในจังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 129 คน ศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดแบบชี้แนะและแบบตรวจสอบรายการ ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการตรวจคัดกรองโรค ตรวจปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และควรมีชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2) ระบบการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ระบบการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์สูงอายุ ระบบการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ควรมีชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน 3) ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน พบว่าควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และควรมีการติดตามช่วยเหลือและให้คำแนะนำและตรวจประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัว และควรสนับสนุนเงินค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ส่วนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นกลไกหลักในการสนับสนุนงบประมาณและบูรณาการการให้บริการต่าง ๆ โดยควรมีชุดการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และชุดการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิจารณาหรือทุพพลภาพ

คำสำคัญ : การรับรู้, ระบบบริการสุขภาพ, ผู้ให้บริการ, หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ, ผู้สูงอายุ

Abstract

The Perception of elderly health service system of service providers in a secondary and tertiary health care in Phang Nga Province, 2020 was a survey research. The objective of this study was the perception of health service and guidelines systems of the secondary and tertiary health care units of the elderly in Phang Nga Province. 129 samples was obtained by purposive sampling. The study during January-June 2020. The data collection tool was a structured interview that question were a guided interview and a checklist form. The result was found that perception of health service system for elderly in hospital which consisted of service system for health promotion and disease prevention. Most of them agreed that screening should be performed. There should be a health promotion and prevention kit, common in the elderly, Treatment and rehabilitation systems. The general hospital service systems should be a bed or ward for family medicine and geriatric medicine. The community hospital service system should be a set of care services for the elderly at home and the community, The elderly health care system at home and the community were found that home care should be training to educate caregivers. There should be a follow-up assistance, advising to assess the quality of caregivers at by the family doctor team. In the same time, it should be a support the money as a pension or compensation quality caregivers at home. The local government should be the main mechanism for supporting the budget and the integration of various services community care. There should be a set of care for the elderly who can rely on themselves and a care kit for the elderly who can help themselves and cannot disable or disabilities elderly in the community.

Keywords : Perception, Health service system, Service provider, Secondary and tertiary health care, Elderly person.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 คือการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลก

มีแนวโน้มลดลง ประชากรมีอายุยืนขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และประชากรที่เกิดในยุค Baby Boomers ได้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่น ประเทศฝรั่งเศส สวีเดน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ฯลฯ จาก

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (Kenan foundation Asia, 2562) ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ.2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ.2593 ทศวรรษนี้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก คือ การสูงวัยของประชากร โดยจะเห็นได้จากใน พ.ศ.2559 โลกมีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุ 929 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (จินางกูร โรจนนันท์, 2562)

การเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ด้านงบประมาณของภาครัฐ ปัจจุบันภาครัฐใช้งบประมาณดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ทั้งงบประมาณสำหรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และงบประมาณด้านสุขภาพ โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ จากโครงการการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากผลของการสร้างเสริมสุขภาพของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2562) พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณการค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้าโดยองค์การเพื่อความ ร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization

for Economic Co-operation and Development :OECD) จะมีค่าประมาณ 4.8 - 6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับปัจจัย สังคมสูงวัย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 - 1.8 ล้านล้านบาท ซึ่งหากใน พ.ศ.2575 รัฐบาลยังไม่ออกมาตรการ ควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ คาดว่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นไปถึง 2.2 ล้านล้านบาท (สถาบันวิจัย เพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2562)

ปัญหาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการ มีความซ้ำซ้อนทั้งในเชิงประเด็น และพื้นที่ มีหลายหน่วยงาน ที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) นอกจากนี้ปัญหาของกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและขาดฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ข้อมูลประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ของภาครัฐ หรือความต้องการของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการทำงานในภาพรวมของประเทศ (เอื้ออมพร พิชัยสนธิ, 2562) ส่งผลต่อการ ประเมินสถานการณ์และการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ จังหวัดพังงา มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จาก 35,130 คน หรือร้อยละ 13.54 ของประชากร ทั้งจังหวัด ในปี พ.ศ.2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.80 ในปี 2559 โดยในปี 2559 จังหวัดพังงา มีประชากรรวมทั้งสิ้น 265,597 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2558 ที่มีประชากรทั้งสิ้น 264,074 คน อัตราการพึ่งพิง

ดูแลรักษาผู้สูงอายุในหน่วยบริการและผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน พยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และผู้สูงอายุจากสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดพังงา

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเหมาะสมในการวิจัยโดยลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นผู้ให้บริการตามภารกิจและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มรวมทั้งหมด 129 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 11.62) 2) พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 33 คน (ร้อยละ 25.59) 3) พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 43 คน (ร้อยละ 33.33) 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.20) และ 5) ผู้สูงอายุจากสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดพังงา จำนวน 30 คน (ร้อยละ 23.26)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตามเอกสารเลขที่ 19/2563 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2563 และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการชี้แจงและลงนามให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) เป็นคำถามแบบมีคำตอบให้เลือกได้ 2 ข้อ เห็นด้วย กับไม่เห็นด้วย (Simple-dichotomy question) (ศิริพงศ์ พงษ์พันธ์ุ, 2553) และคำถามที่เป็นแบบปลายเปิดแบบชี้นำ (Guided interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดแบบชี้นำ จำนวน 7 ข้อ และลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ระบบบริการในโรงพยาบาล และระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดแบบชี้นำ จำนวน 5 ข้อ และลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 40 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพังงา จำนวน 1 ท่าน และโรงพยาบาลตะกั่วป่า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ในโรงพยาบาลพังงา จำนวน 2 ท่าน และโรงพยาบาล ตะกั่วป่า จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษา และนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.80

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ในหน่วยบริการ จังหวัดพังงา จำนวน 30 ราย ประกอบด้วย แพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อถือได้โดยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ เท่ากัน 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และมีผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยในการบันทึกเสียงเพื่อใช้ในระบบการตรวจสอบและตรวจทานความถูกต้องย้อนกลับในภายหลัง จำนวน 1 คน และจดบันทึกข้อมูลรายละเอียดคำสัมภาษณ์ จำนวน 1 คน รวม 2 คน
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และประชาชน

สมาคมผู้สูงอายุจังหวัดพังงาเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งแนบชื่อ ตำแหน่งกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกไว้ในการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยประสานโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายทางโทรศัพท์เนื่องจากมีสถานที่ปฏิบัติงานคนละแห่งเพื่อนัดแนะเวลาสัมภาษณ์และขออนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนทำการบันทึกเสียง

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน รวมถึงวิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียงเนื้อหา ส่วนที่เป็นคำตอบแบบปลายเปิดนำมาบันทึกลงในโปรแกรม Microsoft Word ส่วนที่เป็นแบบตรวจสอบรายการนำมาบันทึกลงในโปรแกรม Microsoft Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนที่ 1 การรับรู้ระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในส่วนของ ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มาตรฐานการตรวจคัดกรองและการเชื่อมโยงข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(Content)

ข้อมูลส่วนที่ 2 การรับรู้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ระบบการให้บริการในโรงพยาบาล ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และชุมชน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content)

ข้อมูลส่วนที่ 3 การรับรู้ชุดการตรวจคัดกรองโรค ปัญหาสุขภาพและภาวะพึ่งพิง ชุดส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ชุดการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

(Descriptive statistic) นำเสนอเป็นค่าความถี่ และ ร้อยละ

ผลการวิจัย

การวิจัยการ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพ ของหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ของผู้สูงอายุ จังหวัดพังงา ปี 2563 โดยการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม รวมทั้งหมด 129 คน ผลการศึกษา พบว่า

1) การรับรู้บริการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีการ ตรวจคัดกรองโรค ตรวจปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุ และตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยรายการที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นด้วยร้อยละ 80 ขึ้นไป รวม 11 รายการ ได้แก่ การตรวจวัดความดัน โลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือด การประเมินภาวะทุพโภชนาและ ภาวะอ้วน การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน การตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน การตรวจคัดกรอง ภาวะสมองเสื่อมในรายที่สงสัย การตรวจคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า การตรวจความหนาแน่นกระดูก ในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปี ทุกคน หรือ 60-65 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยการสอบถามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตรวจ ภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ การเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากการ ใช้ยา ส่วนรายการที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นด้วยน้อยกว่า ร้อยละ 80 รวม 4 รายการ ได้แก่ การตรวจภาวะ โลหิตจาง การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดโรคมะเร็ง การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดง เออร์ดำส่วนท้องโป่งพองเฉพาะที่อย่างน้อย 1 ครั้ง

ในผู้สูงอายุชาย อายุ 65-75 ปี ที่เคยสูบบุหรี่ และ การตรวจ TSH ในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพื่อตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับ ชุดการตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุจังหวัดพังงา ปี 2563 ของแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (n=15)

ชุดการตรวจคัดกรองโรคใน ผู้สูงอายุ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การตรวจวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด	15	100	-	-
2.การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	10	66.67	5	33.33
3.การตรวจภาวะโลหิตจาง	11	73.33	4	26.67
4.การประเมินภาวะทุพโภชนาและภาวะอ้วน	13	86.67	2	13.33
5.การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน	15	100	-	-
6.การตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน	15	100	-	-
7.การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ในรายที่สงสัย	15	100	-	-
8. การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า	14	93.33	1	6.67
9.การตรวจ TSH ในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพื่อตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์	11	73.33	4	26.67
10.การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงเออร์ดำส่วนท้องโป่งพองเฉพาะที่อย่างน้อย 1 ครั้ง ในผู้สูงอายุชาย อายุ 65-75 ปี ที่เคยสูบบุหรี่	10	66.67	5	33.33
11.การตรวจความหนาแน่นกระดูก ในผู้หญิงที่ อายุมากกว่า 65 ปี ทุกคน หรือ 60-65 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยง	14	93.33	1	6.67
12. การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยการสอบถามผู้ป่วยอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	13	86.67	2	13.33

ชุดการตรวจคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. ภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน	13	86.67	2	13.33
14. ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	15	100	-	-
15. การเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากการ ใ้ยา	15	100	-	-

และหลังการตรวจคัดกรองฯ ควรดำเนินการดังนี้

1. กำหนดเป็นมาตรฐานว่าต้องมีการจัดกลุ่มและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิจารณาหรือทูลเกล้าฯ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลและจัดบริการให้เหมาะสม 2. ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลผลการคัดกรองฯ ให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลและจัดบริการให้เหมาะสม และควรจัดทำเป็นโปรแกรมออนไลน์และใช้เหมือนกันทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อเสนอให้ดำเนินการเสริมข้อมูลเดิมในระบบปัจจุบัน เช่น Hosxp และควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับพื้นที่มากกว่า

2) การรับรู้บริการชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีบริการชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยรายการที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นด้วยร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกรายการ ได้แก่ 1. การฉีดวัคซีนป้องกัน ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส ปีละ 1 ครั้งและฉีดกระตุ้นทุก 5 ปี ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และวัคซีนป้องกันโรคคางทูมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคเบาหวาน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน

บกพร่อง รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดภูมิ 2. การให้ยาป้องกันโรค ได้แก่ ยา Aspirin (ASA) ในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เช่น สูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง และให้ฮอร์โมนทดแทนในผู้สูงอายุที่มีข้อบ่งชี้ 3. การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำจิตใจ/อารมณ์ให้แจ่มใส การทำงานอดิเรก การรักษาความสะอาดของสุขภาพอนามัย การเลิกสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การขยับถ่ายให้เป็นเวลา การอยู่ในที่ที่อากาศดี การป้องกันอุบัติเหตุ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการให้ความรู้เฉพาะโรคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เฉพาะราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นเกี่ยวกับชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจังหวัดพังงา ปี 2563 ของพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (n=86)

ชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การฉีดวัคซีนป้องกัน				
1.1 วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี	86	100	-	-
1.2 วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส ปีละ 1 ครั้งและฉีดกระตุ้นทุก 5 ปี ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	84	97.67	2	2.33
1.3 วัคซีนป้องกันโรคคางทูมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคเบาหวาน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดภูมิ	86	100	-	-
2. การให้ยาป้องกันโรค				

ชุดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.1 ยา Aspirin (ASA) ในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจอุดตัน เช่น สูบบุหรี่ เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง	86	100	-	-
2.2 ฮอริโมนทดแทน ในผู้สูงอายุที่มีข้อบ่งชี้	86	100	-	-
3. การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้อง				
3.1 การรับประทานอาหาร	86	100	-	-
3.2 การออกกำลังกาย	86	100	-	-
3.3 การทำจิตใจ/อารมณ์ให้แจ่มใส	86	100	-	-
3.4 การทำงานอดิเรก	86	100	-	-
3.5 การรักษาความสะอาดของสุขภาพอนามัย	86	100	-	-
3.6 การเลิกสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	86	100	-	-
3.7 การขับถ่ายให้เป็นเวลา	86	100	-	-
3.8 การอยู่ในที่ที่อากาศดี	86	100	-	-
3.9 การป้องกันอุบัติเหตุ	86	100	-	-
3.10 การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น	86	100	-	-
3.11 การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย	84	97.67	2	2.33
3.12 การให้ความรู้เฉพาะโรคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย	86	100	-	-

3) การรับรู้การให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลทั่วไป ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์สูงอายุ เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายแบบองค์รวมเพื่อเตรียมญาติและผู้ป่วยก่อนส่งกลับไปอยู่ในชุมชนหรือรับผู้ป่วยจากในชุมชนกลับมาดูแลชั่วคราว และเป็นศูนย์กลางในการประสานส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่

แต่ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนมีความเห็นว่าไม่ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์สูงอายุควรเป็นเตียงในแผนกอายุรกรรมเดิม แต่จัดบริการให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีหลายโรครวมกัน การแยกหอผู้ป่วยออกจากแผนกอายุรกรรม จะมีปัญหาในการให้บริการแบบบูรณาการเพราะต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรมให้มาดูแล

4) การรับรู้เกี่ยวกับชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชน ควรมีชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน โดยชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ควรมีรายการเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์/การตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคโดยทีมสุขภาพ มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการโดยทีมสุขภาพ มีการเยี่ยมบ้าน หรือ Home Health Care ที่ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัว หรือทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ โดยกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ เยี่ยมบ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ เยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัว และชุมชน มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว และชุมชน มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทุกระดับ มีระบบบริการรับ-ส่งต่อจากชุมชนสู่สถานบริการเพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและในชุมชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ของแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (n=48)

การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์/การตรวจสุขภาพประจำปี	48	100	-	-
2.มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคโดยทีมสุขภาพ	48	100	-	-
3.มีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยทีมสุขภาพ	48	100	-	-
4. มีการเยี่ยมบ้าน หรือ Home Health Care ที่ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัวหรือทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ	48	100	-	-
5.มีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	48	100	-	-
6.มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบครัวและชุมชน	48	100	-	-
7. มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทุกระดับ	48	100	-	-
8.มีระบบบริการรับ-ส่งต่อจากชุมชน สู่สถานบริการเพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน	48	100	-	-
9. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและในชุมชน	48	100	-	-
10.อื่นๆเช่นมีระบบส่งต่อไปยังกระทรวง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กรณีไม่มีญาติดูแล	48	100	-	-

การรับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคน เห็นว่าควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และควรมีการติดตาม

ช่วยเหลือและให้คำแนะนำ และตรวจประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยทีมหมอครอบครัว และควรสนับสนุนเงินให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านที่ดูแลได้อย่างมีคุณภาพ การรับรู้การดูแลในชุมชน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่างค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นกลไกหลักในสนับสนุนงบประมาณและบูรณาการการให้บริการต่างๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ในเรื่องชุดการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ประกอบด้วย 1. การจัดบริการทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม กิจกรรมศาสนา การจัดสถานที่ออกกำลังกาย และกิจกรรมการท่องเที่ยว 2. การจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดให้มีส้วมนั่งแบบห้อยขาและมีราวจับ การปรับพื้นห้องน้ำป้องกันการลื่นหกล้ม การปรับทางลาดชัน การจัดระบบขนส่งและยานพาหนะ การจัดบ้านพัก/ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ การสร้างวัฒนธรรมที่ให้ความเคารพและยอมรับผู้สูงอายุ สร้างงานให้ผู้สูงอายุทำ มีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ มีการจัดสถานที่สำหรับผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน และสนับสนุนหน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในชุมชนที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ในชุมชน โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=129)

ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การจัดบริการทางสังคม				
1.1 กิจกรรมนันทนาการ	129	100	-	-
1.2 กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม	129	100	-	-
1.3 กิจกรรมการท่องเที่ยว	127	98.45	2	1.55
1.4 การจัดสถานที่ออกกำลังกาย	129	100	-	-
2. การจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ				
2.1 การจัดให้มีส้วมนั่งแบบท้อยขาและมีราวจับ	129	100	-	-
2.2 การปรับพื้นที่ห้องน้ำป้องกัน การลื่นหกล้ม	129	100	-	-
2.3 การปรับทางลาดขึ้น	129	100	-	-
2.4 การจัดระบบขนส่งและยานพาหนะ	128	100	1	0.78
2.5 การจัดบ้านพัก/ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	127	98.45	2	1.55
2.6 การสร้างวัฒนธรรมที่ให้ความเคารพและยอมรับผู้สูงอายุ	128	99.22	1	0.78
2.7 การสร้างงานให้ผู้สูงอายุทำ	126	93.02	3	6.98
2.8 การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ	129	100	-	-
2.9 มีการจัดสถานที่สำหรับให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน	129	100	-	-
2.10 การสนับสนุนหน่วยงาน/องค์กร/ชมรมในชุมชนที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้	129	100	-	-

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพในชุมชน โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=129)

การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การให้บริการช่วยเหลือที่บ้าน				
1.1 การทำอาหาร	127	98.45	2	1.55
1.2 การทำความสะอาดบ้าน	127	98.45	2	1.55
2. การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว	129	100	-	-
3. บริการจัดรถรับส่งผู้ป่วยให้มารับบริการที่สถานบริการ	129	100	-	-
4. บริการให้เช่า/ยืมอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ				
4.1 เครื่องช่วยเดิน ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็น เครื่องช่วยฟัง	129	100	-	-
4.2 เตียงปรับเอน	129	100	-	-
4.3 หมอนรองกันแผลกดทับ	129	100	-	-
4.4 เครื่องยกผู้ป่วย	129	100	-	-
4.5 อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย	129	100	-	-
5. บริการให้เงินช่วยเหลือการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน	125	96.89	4	3.11
6. การจัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	127	98.45	2	1.55
6.1 มี Care Giver หรือผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ	129	100	-	-
6.2 มี Care Manager หรือผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ	129	100	-	-
6.3 มีบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวัน (Day Care)	128	99.22	1	0.78
6.4 มีบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว	128	99.22	1	0.78
6.5 มีบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ	129	100	-	-
6.6 มีบริการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	129	100	-	-

อภิปรายผล

การรับรู้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างได้แก่แพทย์และพยาบาลที่ให้

การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการตรวจคัดกรองโรค ตรวจปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลไขมันในเลือด เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด การประเมินภาวะทุพโภชนาและภาวะอ้วน การตรวจการมองเห็นและการได้ยิน การตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในรายที่สงสัย การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า การตรวจความหนาแน่นกระดูกในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 65 ปีทุกคน หรือ 60-65 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยการสอบถามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตรวจภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากการใช้ยา จะเห็นได้ว่ามีรายละเอียดที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และจะช่วยประเมินและแก้ไขภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงสามารถให้พึ่งพิงตนเองได้ยาวนานที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อุ่นเสียม (2559) ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำภาคเอกชน และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มแกนนำภาคประชาชน ผลการศึกษา พบว่ามีการตรวจคัดกรองโรค การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อไปหน่วยบริการ การดูแล ที่บ้าน มีการอบรมให้ความรู้กับแกนนำชุมชน มีทีมหมอครอบครัวในการดำเนินงานแต่ละพื้นที่

การรับรู้ระบบการรักษาพยาบาลและการ

ฟื้นฟูสภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่แพทย์ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุพบว่าระบบการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์สูงอายุ เพื่อประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายแบบองค์รวม เพื่อเตรียมญาติและผู้ป่วยก่อนส่งกลับไปอยู่ในชุมชนหรือรับผู้ป่วยจากในชุมชนกลับมาดูแลชั่วคราวและเป็นศูนย์กลางในการประสานส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ผลการศึกษาดังกล่าวจะช่วยแก้ปัญหาการขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มาดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของธานี ขามชัย (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี พบว่า ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มีกระบวนการสำคัญ 4 มิติ ประกอบด้วย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาและด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เป็นระบบบริการสุขภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรค ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มุ่งเน้นให้หน่วยบริการสุขภาพมีระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย สามารถรองรับปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนได้

สำหรับการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชน ควรมี

ชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน โดยชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนควรประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน หรือ Home Health Care ที่ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัว หรือทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรด้านสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ และมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลทุกระดับ ถือเป็น การปรับระบบบริการปฐมภูมิและการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจากการตั้งรับให้บริการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการ เป็นบริการเชิงรุกเข้าไปในบ้านและชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ที่ศึกษาเรื่องภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบันพบว่า บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุดคือบริการด้านสุขภาพ ครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัวรวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีโดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ และสอดคล้องกับศิริราณี ศรีหาคาศ และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทยสังคมไทย พบว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและการออกแบบระบบการดูแลที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ

การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.งานดูแลผู้สูงอายุในหน่วยบริการ สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการจัดชุดบริการตรวจคัดกรองโรค ชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ และชุดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน
2. สนับสนุนให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้เป็นมาตรการด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและการตื่นตัวของสังคมต่อเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 3.หน่วยบริการควรมีการควบคุมคุณภาพของชุดบริการตรวจคัดกรองและชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). พิมพ์ครั้งที่ 2:บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- ชนินทร์กร เต็มรัตน์และพินทุ สุวรรณมณี. (2559). การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.วารสารวิชาการวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 36(2), 148-158.
- จินางกูร โรจนนนท์. (2562). แผนพัฒนาศักยภาพกำลังคนภาครัฐให้พร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ. สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.).

จิราภรณ์ อุ่นเสียม. (2559). พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 11. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 30(4), 261-268.

เล็ก สมบัติ. (2549). ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน. รายงานการวิจัย, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ธานี ขามชัย. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์และความมั่นคง. คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา.

เอี่ยมพร พิชัยสนธิธ. (2562). นโยบายการคลังเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานผู้สูงอายุ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานสถิติจังหวัดพังงา. (2562). รายงานภาพรวมการทำงานของประชากรจังหวัดพังงา ไตรมาส 3 ปี 2562.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย(ทีดีอาร์ไอ). (2562). ประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทย. ค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2, 2562, จาก <https://tdri.or.th/2018/01/healthexpenditure15yrs/>

สมประวิณ มันประเสริฐ. (2010). การศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรที่มีต่อแบบแผนการบริโภคของครัวเรือนไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ศิริภาณี ศรีหาคาค. (2556). รูปแบบการป้องกันภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เอี่ยมพร พิชัยสนธิธ. (2562). นโยบายการคลังเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตของแรงงานผู้สูงอายุ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันเสริมศึกษาและทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kenan foundation Asia. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก. ค้นเมื่อ มกราคม 2, 2562, จาก <http://kenan-asia.org/th/healthyagingbcommemts>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562

Factor Relate to the operation Health policy management of District health
coordinating committee at Phatthalung Province, 2019.

จूरินทร์ เจริญผล

Jurin Jaroenpol

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง

Phatthalung Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) แบบผสม(Mixed Methods) อันประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562 รวบรวมข้อมูล ตั้งแต่กุมภาพันธ์ 2563 ถึง กรกฎาคม 2563 โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มประชากรศึกษา จำนวน 274 คน และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จากตัวแทนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ แต่ละอำเภอ ๆ ละ 2 คน รวม 22 คน ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.99 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงอ้างอิง ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพระดับความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ปัจจัยกระบวนการบริหาร และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิง ส่วนใหญ่มีระดับอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 คือ อายุ อายุราชการ ความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพส่งผลต่อการ และปัจจัยกระบวนการบริหาร และผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เรื่องข้อเสนอแนะ ต้องการให้มีจัดประชุมชี้แจงและมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอมีการมอบหมายงานอย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้มีความสามารถดำเนินงานได้ตามนโยบายที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : นโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ, คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

Abstract

This descriptive research study conducted with mixed methods which are quantitative research and qualitative research aimed to study Factor Relate to the operation Health policy management of District health coordinating committee at Phatthalung Province, 2019, during February 2019 to July 2019 for 274 people, the researchers collected data from a sample, using questionnaires. The researcher collected data from a sample, using questionnaires then picked 22 people from the sample which are 2 people from each working position for qualitative research. The examination of content validity has been done by 3 experts, and check. Coefficient alpha of 0.99 and data were analyzed by a computer program. Distribution of data by percentage, average, standard deviation, maximum and minimum values of the Multiple Linear Regression

The correlation analysis showed that administrative factors was associated the operation Health policy management of District health coordinating committee at Phatthalung Province .revealed that perceptions about health development strategy policy Level of readiness in the implementation of the health development strategy Management process factors And operation according to the process of management Most of them are at a high level Factor Relate to the operation Health policy management of District health coordinating committee at Phatthalung Province Is Age ,Time, The readiness in the implementation of the health development strategy policy has resulted in And management process factors. The qualitative analysis revealed the recommendations from 22 people Suggestion Want to have a meeting to clarify and have regular meetings with clear assignments in writing In order to be able to perform according to better policy

Keywords : Health policy management, District health coordinating committee

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่ต้องรับผิดชอบต่อการให้บริการสุขภาพประชาชนดูแลสถานบริการในสังกัดทั่วประเทศให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการต่อประชาชนอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ซึ่งปัจจุบันมีผู้รับบริการประกันสุขภาพ

หลายระบบ เช่นระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้ระบบการให้บริการสุขภาพต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและยุทธศาสตร์ชาติ จึงต้องอาศัยปัจจัย

สำคัญ ทรัพยากรที่เพียงพอ องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการข้อมูลที่ดี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) การบริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประกอบด้วย 2 หน่วยงานหลัก คือโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสั่งการให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาการสาธารณสุขระดับอำเภอชื่อย่อว่า กพ.สอ. และได้เปลี่ยนชื่อมาเป็น คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ. ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2529 (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีบทบาทและหน้าที่ในการกำหนดแนวทางเป้าหมายและการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกับโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีความสำคัญในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อลดช่องว่างในการประสานงานระหว่างสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนโดยบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2562)

แม้ว่า คปสอ. จะได้มีการจัดตั้งมานานกว่า 20 ปี มีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ หลาย ๆ อำเภอประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ขณะที่อำเภอส่วนใหญ่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปมากบ้างน้อยบ้างขึ้นกับปัจจัยเกี่ยวข้องต่าง ๆ นานา ประเด็นคำถามที่น่าสนใจก็คือ มีปัจจัยอะไรบ้าง ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับความ

สำเร็จในการดำเนินงาน ของ คปสอ. จะสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานของ คปสอ. ส่วนใหญ่ได้อย่างไร และทางออกอื่นสำหรับการสร้างความ เป็นเอกภาพ ของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ จะดำเนินการอย่างไร

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาล ที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งใน ปี 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด รวมทั้งการเข้าสู่การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินงาน ได้กำหนดแผน เป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผน ในปี 2579 โดยแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2) ระบบบริการ (Service Excellence) 3) การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” หน่วยงานต่าง ๆ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ภายใต้กรอบ 15 แผนงาน 45 โครงการ และ 80 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จังหวัดพัทลุงดำเนินงานด้านสาธารณสุขตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ประกอบด้วยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 11 อำเภอ ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล และเทศบาลและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ

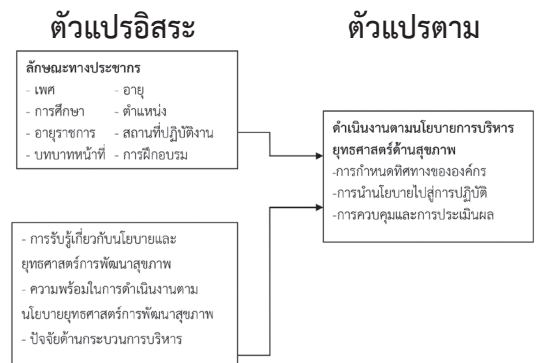
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ความพร้อมในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งยังไม่เห็นมิติการประเมินจากประสิทธิภาพของงานที่ชัดเจน อีกทั้งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอพบว่ามีอยู่อย่างจำกัด และจากความสำคัญของขับเคลื่อน ติดตามการดำเนินงานประกอบกับยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงาน

สาธารณสุขระดับอำเภอ ในจังหวัดพัทลุง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง เพื่อใช้ประโยชน์เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนพัฒนาสนับสนุน และส่งเสริมให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดพัทลุงสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด แก่องค์กร สอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ความพร้อมในการดำเนินงาน ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ที่มีผลต่อผลการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ จำนวน 48 ข้อ เกณฑ์การแปรผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 178.01 – 240.00
หมายถึงมีปัจจัยการรับรู้ระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 112.01 - 178.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านการรับรู้ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 48.00 - 112.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านการรับรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของ คปสอ. จำนวน 13 ข้อ เกณฑ์การแปรผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 47.67 – 65.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านความ

พร้อม ระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 30.34 – 47.66

หมายถึงมีปัจจัยด้านความพร้อม ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.00 – 30.33

หมายถึงมีปัจจัยด้านความพร้อม ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารของ คปสอ. จำนวน 26 ข้อ เกณฑ์การแปรผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 95.35 – 130.00

หมายถึงมีปัจจัยด้านการบริหาร ระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 60.68 – 95.34

หมายถึงมีปัจจัยด้านการบริหาร ระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 26.00 – 60.67

หมายถึงมีปัจจัยด้านการบริหาร ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของคปสอ. จำนวน 57 ข้อ เกณฑ์การแปรผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977)

- ค่าคะแนนเฉลี่ย 209.01 – 285.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านการดำเนินงาน ระดับสูง
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 133.01 – 209.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านการดำเนินงาน ระดับปานกลาง
- ค่าคะแนนเฉลี่ย 57.00 – 133.00
หมายถึงมีปัจจัยด้านการดำเนินงาน ระดับต่ำ

วิธีการศึกษา

1. เลือกพื้นที่ศึกษาในจังหวัดพัทลุง เป็นจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นของเขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพ อำเภอม่านเกษมการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.) และระบบบริหารจัดการเพื่อการจัดการกองทุนตำบล และเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมด้านยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
2. ประชากรศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ คปสอ. และปฏิบัติหน้าที่ได้รับมอบหมายตามคำสั่ง
3. รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ส่งถึง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดพัทลุง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยและแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งเข้าใจเพื่อช่วยประสานและเก็บข้อมูล
4. ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอม ก่อนเก็บ

ข้อมูลและช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน

5. กระจายแบบสอบถามโดยการประสานให้สาธารณสุขอำเภอนำไปกระจายให้กับคณะกรรมการ คปสอ.
6. ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเองทางโทรศัพท์

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยอธิบายความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562 กลุ่มประชากร คือ คณะกรรมการ คปสอ. ที่ได้รับการแต่งตั้งและปฏิบัติหน้าที่ได้รับมอบหมายตามคำสั่ง มีส่วนร่วมกำหนดแผนยุทธศาสตร์จัดทำแผนปฏิบัติการรับผิดชอบดำเนินงาน กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการในงานที่รับผิดชอบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2562 จังหวัดพัทลุง (ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562)

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองและดัดแปลงจากแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะ

ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของ คปสอ. ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านกระบวนการบริหารของ คปสอ. ส่วนที่ 5 การดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของ คปสอ. และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของข้อคำถาม โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน พบว่าข้อคำถามมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.99

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และรายงานผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) สัดส่วน (Ratio) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) และสถิติเชิงอ้างอิงใช้สถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) พิเคราะห์ปัจจัยเข้าสมการโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 และนำตัวแปรวิเคราะห์ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) นำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Backward Elimination

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง COA

No.01/2563 PPHOREC No.015

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งไป 274 ชุด ได้รับตอบกลับ จำนวน 274 ชุด (ร้อยละ 100.00) จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562 พบว่า เพศหญิง จำนวน 181 คน (ร้อยละ 66.06) เป็นเพศชาย จำนวน 93 คน (ร้อยละ 33.94) อายุ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 130 คน (ร้อยละ 47.45) มีอายุเฉลี่ย 48.76 ปี (S.D.= 7.48) อายุสูงสุด 60 ปี และอายุต่ำสุด 27 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 186 คน (ร้อยละ 67.88) สถานะ ผู้ตอบที่พบมากที่สุดคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 99 คน (ร้อยละ 36.13) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี จำนวน 165 คน (ร้อยละ 60.22) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน เท่ากับ 25.89 ปี (S.D.= 9.25) ระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุด 42 ปี และต่ำสุด 3 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 124 คน (ร้อยละ 45.26) และส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ เป็นคณะกรรมการบริหาร จำนวน 230 คน (ร้อยละ 83.94)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562

ปัจจัย ในภาพรวม	ระดับปัจจัย						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้	145	52.92	115	41.97	14	5.11	2.48	0.59
ความพร้อม	149	54.38	120	43.80	5	1.82	2.53	0.53
การบริหาร	180	65.69	88	32.12	6	2.19	2.64	0.53
การดำเนินงาน	163	59.49	103	37.59	8	2.92	2.57	0.55

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562 จำนวน 274 คน พบว่า ระดับการรับรู้ ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง จำนวน 145 คน (ร้อยละ 52.92) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.48 ($\bar{X} = 2.48$, S.D.= 0.59) ระดับความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพร้อมอยู่ในระดับสูง จำนวน 149 คน (ร้อยละ 54.38) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.53 ($\bar{X} = 2.53$, S.D.= 0.53) ปัจจัยกระบวนการบริหารของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง พบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยกระบวนการบริหารอยู่ในระดับสูง จำนวน 180 คน (ร้อยละ 65.69) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.64 ($\bar{X} = 2.64$, S.D.= 0.53) และการดำเนินงานตามกระบวนการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับอยู่ในระดับสูง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 59.49) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.57 ($\bar{X} = 2.57$, S.D.= 0.55)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ปี 2562

ปัจจัย	Mean Diff.	95% CI	p-value
เพศ	-0.077	- 0.168 ถึง 0.022	0.108
อายุ	0.132	0.032 ถึง 0.231	0.010*
การศึกษา	0.020	-0.068 ถึง 0.107	0.660
ตำแหน่ง	-0.011	- 0.519 ถึง 0.031	0.351
อายุราชการ	-0.138	-0.233 ถึง -0.042	0.005*
สถานที่ปฏิบัติงาน	0.002	-0.026 ถึง 0.031	0.882
บทบาทหน้าที่	0.034	-0.058 ถึง 0.123	0.474
การรับรู้	0.069	-0.014 ถึง 0.152	0.101
ความพร้อม	0.170	0.071 ถึง 0.269	0.001*
การบริหาร	0.653	0.553 ถึง 0.754	< 0.001*
Adjusted R2	0.534		

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า

อายุ ส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 0.132, 95%CI = 0.032 ถึง 0.231, p-value = 0.010)

อายุราชการส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = -0.138, 95%CI = -0.233 ถึง -0.042, p-value = 0.005)

ความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 0.170, 95%CI = 0.071 ถึง 0.269, p-value = 0.001)

ปัจจัยกระบวนการบริหารส่งผลต่อการดำเนิน

งานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean diff. = 0.653, 95%CI = 0.553 ถึง 0.754, p-value = < 0.001)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์เรื่องข้อเสนอแนะจากตัวแทนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดอบรมชี้แจงตัวชี้วัดและนโยบายต่าง ๆ อย่างละเอียดและชัดเจน แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถสรรหาแนวทางให้กลุ่มงานต่าง ๆ ดำเนินงานตามนโยบายอย่างถูกต้อง
2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอควรสรรหาจากหลากหลายวิชาชีพจึงจะสามารถขับเคลื่อนงานตามนโยบายได้
3. ควรมีการมอบหมายงานให้กับคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการขับเคลื่อนงานแต่ละนโยบาย
4. ควรมีการสั่งการของประธานคณะกรรมการอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร
5. สนับสนุนให้มีการประชุมคณะกรรมการทุกเดือน
6. ควรมีโครงสร้างของคณะกรรมการที่ชัดเจน

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า อายุส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง แตกต่างจากผลการศึกษาของนันทยุพา สุขา ศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น ปี 2550 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการประสานงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดขอนแก่น

อายุราชการและความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ ประดาศักดิ์ ศึกษาที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2557 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทของ คปสอ.คือ ประสิทธิภาพการทำงานในคป.สอ. สำหรับการทำงานเป็นทีมมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ คปสอ.

ปัจจัยกระบวนการบริหารส่งผลต่อการดำเนินงานตามนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับการศึกษาของพรพร ครองยุทธศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น ปี 2549 พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหาร ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร การสนับสนุนองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะ

ของงานและการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า โดยภาพรวม ต้องการให้จัดประชุมชี้แจง มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอและมีการมอบหมายงาน อย่างชัดเจนเป็นสายลักษณะอักษร เพื่อให้สามารถ ดำเนินงานได้ตามนโยบายที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการ ศึกษาของพุนทรัพย์ คำวิชา ศึกษาที่จังหวัดอุดรธานี ปี 2550 พบว่าการทำงานเป็นทีมของคปสอ. มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงาน ของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คือ การทำงานเป็นทีมของคปสอ. ด้านการ ทบทวนการทำงานในทีมอย่างสม่ำเสมอ ด้านการ พัฒนาตน พัฒนาบุคลากร ด้านความร่วมมือและความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ ด้านการติดต่อสื่อสาร ที่ดีและด้านภาวะผู้นำที่เหมาะสม

ซึ่งปัจจัยด้านอายุ อายุราชการ ความพร้อม ในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาสุขภาพส่งผลต่อการดำเนินงาน และปัจจัย กระบวนการบริหารสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติ งานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอได้

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ การประชุม ร่วมกันของคปสอ. ไม่สม่ำเสมอและไม่ได้กำหนดแนว ปฏิบัติให้ชัดเจนและสาธารณสุขระดับอำเภอไม่มี ส่วนร่วมกับคปสอ. ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อ พัฒนาหน่วยบริการ

2. กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถดำเนิน

การ พชอ. ได้โดยลำพัง แม้ว่าคณะกรรมการ พชอ. ได้มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและ ภาคเอกชน แต่ยังไม่เชื่อมโยงไปทางเครือข่ายสาธารณสุข และมหาดไทยเป็นหลัก ยังไม่มีความหลากหลาย

3. การขับเคลื่อนนโยบายการบริหาร ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมถึงระดับตำบล

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดควรจัดทำเป็นตัวชี้วัดวัดระดับ ความสำเร็จการบริหารจัดการคณะกรรมการประสาน งานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้เกิด แก่ปัญหาและพัฒนาาร่วมกัน โดยการกำหนดค่าการ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน เช่น ข้อ 1.มีแผนงาน ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่เกิดจากการระดม ความคิดเห็นของทุกภาคส่วน และการใช้เครื่องมือ ทางยุทธศาสตร์ ข้อ2.มีข้อ 1.และมีการประชุม คณะกรรมการ คปสอ. อย่างเป็นทางการ อย่างน้อย 2 เดือนต่อครั้งและมีการรายงานการประชุมมา สจ.ทุกครั้ง ข้อ3.มีข้อ 2.และมีแผนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ ข้อ4. มีข้อ3.และมีการนิเทศติดตามงาน รพสต. อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ข้อ 5. มีข้อ4.และมีการสรุปผลการนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

2. จังหวัดควรจะประกวดผลการดำเนินงาน ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) เพื่อมอบเกียรติบัตรเพื่อเชิดชูเกียรติ สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยแต่งตั้ง คณะกรรมการ ฯ และจัดทำหลักเกณฑ์ประเมินผล จัดอันดับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ประสาน งานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อาจจะจัด

ลำดับกลุ่ม คปสอ. แบบอิงเกณฑ์ตามช่วงคะแนน เป็น 5 ระดับ เช่น ระดับดีเยี่ยม ระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับต้องพัฒนา

3. การขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์การ พัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ ควรให้มีการขยายความร่วมมือ ความหลากหลายและการบูรณาการ ร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะเครือข่ายบุคลากร องค์กร ทั้งภาครัฐ ประชาชน เอกชน และทีมสหวิชาชีพ จากกระทรวงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อุบัติเหตุทางถนน ในช่วงวันปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์และช่วงวันหยุด ต่อเนื่องต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขต้องแจ้งสถานการณ์ การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ หรือเข้าไปพื้นที่ จุดเสี่ยง ที่เป็นสาเหตุให้มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต ในพื้นที่ รายงานให้นายอำเภอรับทราบ และส่งการ ไปยังองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือเครือข่ายสหวิชาชีพรับทราบ รับไปดำเนินการต่อในส่วน ที่เกี่ยวข้อง

4. ควรมีการขยายผลโดยการจัดทำเป็น นวัตกรรมขับเคลื่อนนโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพในระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน/ท้องถิ่น โดยใช้โมเดลเช่นเดียวกับการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ โดยมี ผู้บริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานราชการ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ช่วยขับเคลื่อนงาน เชื่อมโยงและแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานกับประชาชนในพื้นที่ โดยมี ทีมบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นเลขาของทีมงาน แผนภาพต่อไปนี้

นโยบายการบริหารยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ



คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (สาธารณสุข + มหาดไทย + พัฒนาชุมชน + อปท.+ อื่นๆ)



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)



ประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1. ดร.นฤพงศ์ ภักดี ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบแบบสอบถามพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามวิจัย
2. นายสุนทร คงทองสังข์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบแบบสอบถาม และแก้ไขข้อบกพร่องตามระเบียบวิธีวิจัย
3. นายสมใจ หนูฤทธิ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบแบบสอบถาม และแก้ไขข้อบกพร่องตามระเบียบวิธีวิจัย ให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และขอขอบคุณผู้บริหาร ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชา ที่ได้สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองในครั้งนี้รวมถึงคอยแนะนำและสนับสนุนในทุกด้านพร้อมทั้ง ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ มาตลอด รวมถึงคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- พชรพร ครองยุทธ. (2549). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น.(รายงานผลการวิจัย).ขอนแก่น.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พุนทรัพย์ คำวิชา. (2550). การทำงานเป็นทีมที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. (รายงานผลการวิจัย).ขอนแก่น.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระศักดิ์ ประดาศักดิ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดนครศรีธรรมราช.(รายงานผลการวิจัย).นนทบุรี.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ.พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: นโมพรี้นติ้งแอนด์พับบลิชชิง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2562). การแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)ประจำปีงบประมาณ 2562. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. กระทรวงสาธารณสุข.

การจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Risk Management of Occupational Health Hazards of Ergonomics in Office Workers Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

โสภา บุญละออ

Sopa Bunlaor

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Department of Occupational Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ และเปรียบเทียบผลการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การ จัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์ ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ศึกษาในบุคลากรสำนักงาน ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 33 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยเข้าร่วมดำเนินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ในสำนักงาน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ.2563 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) และวิเคราะห์เชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ Paired Samples t-test

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสำนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 24.2 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน (18.5-22.9) ร้อยละ 48.4 สถานภาพโสดและสมรส ร้อยละ 48.5 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 57.6 และสถานะสุขภาพมีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.3 ลักษณะการทำงานมีอายุงาน 1-10 ปี ร้อยละ 39.5 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อวัน 7 ชั่วโมง ทำงานล่วงเวลาเฉลี่ย ต่อวัน 4 ชั่วโมง และระยะเวลาทำงานกับคอมพิวเตอร์เฉลี่ยต่อวัน 8 ชั่วโมง สัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพ ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง ร้อยละ 36.4 และก้มหรือ เงยศีรษะขณะทำงาน ร้อยละ 27.3 หลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการ ทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 (บริเวณ คอ ข้อศอก แขน ข้อมือ ขา ไหล่ หลัง ส่วนบน หลังส่วนล่าง เข่า และขาส่วนล่าง) และหลังการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ ด้วยการจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.6 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาล ควรนำผลวิจัยวางแผนบริหารจัดการอุปกรณ์สำนักงานตามหลักการยศาสตร์ กำหนดเวลากิจกรรมการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อเนื้อระหว่างปฏิบัติงานและส่งเสริมความรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยคุกคามสุขภาพ ด้านการยศาสตร์อย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : การจัดการความเสี่ยง, ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์, บุคลากรสำนักงาน

Abstract

This research was a quasi-experimental objective to compare of muscle pain for working before and after risk management of occupational health hazards of ergonomics. And compare the results risk management of occupational health hazards of ergonomics, visual display workstation in office workers Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The studies in the office workers, The purposive sampling was used to select sampling group of 33 people by the qualifying criteria, the studies was during April - July 2020, and were analyzed data by descriptive analysis and inferential analysis using paired samples t-test.

The results revealed that most of the office workers were female 93.3%, aged 36-45 years 24.2%, most of the body mass index was at the asymmetry level (18.5-22.9) 48.4%, single and marital status 48.5%, degree education bachelor 57.6% and health status with congenital disease 30.3%. Working characteristics of aged 1-10 years 39.5%, Average working hours per day 7 hours, Average working overtime per day 4 hours, and the average working time of a computer is 8 hours per day. Exposure high risk occupational health hazards of ergonomics 36.4%, and them were sitting and working for more than 2 hours 36.4% and bent or lift the head while working 27.3%. After managing the ergonomics risk, muscle pain were significantly reduced at p -value 0.05 (neck, elbows, forearms, wrists, thighs, shoulders, upper back, lower back, knees and lower legs). And after risk management the risk occupational health hazards of ergonomics by using visual display workstations at high level 63.6% This study recommended that the hospital should use research findings to manage office equipment according to ergonomic principles, schedule activities, stretching while working, and promote occupational health knowledge based on ergonomics risk occupational health hazards on a regular basis.

Keywords : Risk Management, Occupational Health Hazards of Ergonomics, Office Workers

บทนำ

บุคลากรด้านสุขภาพ (Health care worker) เป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน หนึ่งในยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยด้วยบริบทของโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพประชาชน ซึ่งแต่ละวันมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ทั้งงานให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรงด้านหน้าและฝ่ายสนับสนุน ซึ่งอาจไม่ได้ให้บริการสุขภาพโดยตรง บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสำนักงาน จึงเป็นหนึ่งในฟันเฟืองสำคัญของการขับเคลื่อนองค์กรในการบริการสุขภาพ บริหารงาน และการจัดการงานให้ปฏิบัติตามเป้าหมายของโรงพยาบาล บริบทลักษณะการทำงานของบุคลากรสำนักงานส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในสำนักงาน ในการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ งานเอกสาร งานให้บริการกับเคาน์เตอร์ ซึ่งนั่งด้วยบริบทเดิมเป็นเวลานาน ท่าทางซ้ำ ๆ เป็นเวลานานทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณแขนไหล่ และหลัง จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาในบุคลากรสำนักงานมีความผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ขวา ร้อยละ 65.7 คอ ร้อยละ 62.1 และไหล่ซ้าย ร้อยละ 61.4 และได้รับการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ท่าทางการทำงานมีความเสี่ยงระดับสูง ร้อยละ 41.4 (จินดาภรณ์ มงคลแก่นทราย และอุไรวรรณหมัดอ่ำดัม, 2562) ผลกระทบสุขภาพเหล่านี้ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรสำนักงานถือเป็นประเด็นสุขภาพ

และความปลอดภัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับกำลังคน สอดคล้องกับนโยบายและมาตรฐานการบริการสุขภาพสถานพยาบาล

การดูแลสุขภาพบุคลากรสำนักงานต้องอาศัยกระบวนการอาชีวอนามัยในการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) กำหนดให้สถานพยาบาลสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัยภายใต้มาตรฐานสภาพแวดล้อมของกำลังคน (Workforce Environment) สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) สอดคล้องกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกำหนดให้โรงพยาบาลจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคลากรด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 2) (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2560) เพื่อให้บุคลากรได้รับการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐาน

จากรายงานการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชปี.ศ.2561 พบว่า สิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ ร้อยละ 30.80 สิ่งคุกคามทางจิตสังคม ร้อยละ 15.47 และอุบัติเหตุ/สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 12.99 เมื่อพิจารณาปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง บุคลากรประสบปัญหาลักษณะงานใช้สายตามาก แก้อื้อสูงหรือต่ำเกินไป และรูปแบบการทำงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 17.06, 16.11 และ 14.22 ตามลำดับ (กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช,

2561) จากข้อมูลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้ปัจจัยคุกคามสุขภาพเกิดกับบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานงานสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานมีองค์ความรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้แต่ด้วยลักษณะการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน และภาวะเร่งรีบงาน ทำให้บุคลากรสำนักงานได้รับปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์อย่างต่อเนื่อง และได้รับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

บุคลากรสำนักงานเหล่านี้ได้รับผลกระทบสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล และบริบทการทำงาน จากรายงาน พ.ศ.2561 สํารวจอาการแสดงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี บุคลากรสำนักงานมีอาการปวดด้วยระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อได้แก่ ปวดไหล่ ร้อยละ 22.58 ปวดหลัง ร้อยละ 20.96 และปวดเอว ร้อยละ 14.51 (กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2561) ซึ่งกลุ่มมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 38.23 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปวดไหล่ ร้อยละ 35.29 ปวดหลัง ร้อยละ 26.47 ปวดคอและมือ ร้อยละ 14.71 (โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2563) สำหรับบุคลากรสำนักงานที่เป็นเรื่องร้องจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องหยุดงานเพื่อรักษาตัว จะเห็นได้ว่าผลกระทบเหล่านี้ไม่ใช่เฉพาะส่วนสุขภาพของบุคคลยังส่งผลต่อกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพรวมทั้งการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

การจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ในบุคลากรสำนักงาน จึงมีความสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ทั้งการได้รับการประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ความ

สัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ การจัดรูปแบบโปรแกรมการยาศาสตร์ให้กับบุคลากรสำนักงาน ซึ่งจากการนำโปรแกรมปรับปรุงตามหลักการยาศาสตร์ด้วยการแนะนำด้านการยาศาสตร์ในการทำงานสำนักงาน คู่มือการทำงานกับคอมพิวเตอร์ในพนักงานศูนย์บริการข้อมูลในระยะเวลา 3 เดือน ผลการประเมินคะแนน ROSA, CMDQ และความเสี่ยงต่ออาการปวดคอ ไหล่ และหลัง ลดลง รวมทั้งไม่มีพนักงานที่มีอาการปวดเมื่อยจากการทำงานเพิ่มขึ้น (สุนิสาชายเกลี้ยง และ วรวรรณ ภูษาดา, 2560) จะเห็นได้ว่าการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์สามารถลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลงได้ ซึ่งการจัดรูปแบบจำเป็นต้องสอดคล้องกับบริบทของบุคลากรสำนักงานของโรงพยาบาล

ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาล โดยเน้นการจัดการความเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติได้จริงสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ใช้วิธีการการให้ความร่วมมือของบุคลากรสำนักงาน เป็นการสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรสำนักงานในการดำเนินแก้ไขปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ ซึ่งโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชให้ความสำคัญกับบุคลากรและประชาชน กำหนดนโยบายการจัดบริการอาชีวอนามัยและการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2559) ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงภัยสุขภาพของบุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล และการจัดบริการอาชีวอนามัย ส่งเสริมและป้องกันให้บุคลากรสำนักงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทำงานถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ มีสภาพแวดล้อมในการทำงานเอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการทำงานโดยมีรูปแบบอย่างยั่งยืน จึงเป็นเหตุผลในการศึกษาครั้งนี้ โดยศึกษาการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สมมติฐานวิธีวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการจัดการความเสี่ยงสภาพแวดล้อมการทำงานในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลดลง
2. ภายหลังจากได้รับการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีคะแนนการจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

(Quasi-experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง(The group pretest posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 – กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ของกลุ่มบุคลากรสำนักงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 33 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานตลอดระยะเวลาทำงานประกอบด้วย แผนกงานบัญชี งานยุทธศาสตร์ และแผนงานโครงการ งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน และงานสังคมสงเคราะห์ เก็บข้อมูลตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) บุคลากรสำนักงานที่มีอายุงานมากกว่า 1 ปี 2) บุคลากรสำนักงานมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) บุคลากรที่ข้อห้ามพยาธิสภาพโรคประจำตัว ผ่าตัดหลังและสะโพก

เครื่องมือที่ใช้ในการในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ (ส่วนที่ 1) แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามตรวจสอบรายการด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สถานะสุขภาพ และระดับการศึกษา (ส่วนที่ 2) แบบสอบถามลักษณะการทำงาน เป็นข้อคำถามตรวจสอบรายการด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งงาน ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาการทำงานต่อวันและ

ประสบการณ์ทำงาน (ส่วนที่ 3) แบบสอบถามปัจจัย
คุณภาพด้านการยศาสตร์ เป็นข้อคำถาม
ตรวจสอบรายการประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

2. แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์
เป็นแบบสอบถาม Body Discomfort Questionnaire
(Leon, 2003) ประเมินตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม
12 ข้อ ประกอบด้วย คอ ไหล่ ข้อศอก หลังส่วนล่าง
มือ/ข้อมือ หลังส่วนบน แขนส่วนบน แขนส่วนล่าง
สะโพก หัวเข่า น่อง และเท้า โดยลักษณะคำตอบ
ดัชนีความเจ็บปวดที่ผ่านมา (Experience pain)
4 ระดับให้เลือกเพียงคำตอบเดียวดังนี้

Never	หมายถึง	ไม่มีอาการ เจ็บปวด
Occasionally	หมายถึง	มีอาการเจ็บ ปวดบางครั้ง
Often	หมายถึง	มีอาการเจ็บ ปวดบ่อยครั้ง
Always	หมายถึง	มีอาการเจ็บ ปวดเป็นประจำ

และระดับดัชนีความเจ็บปวด (Pain scan)
10 ระดับ (Krebs, 2007) โดยเริ่ม 0-10 ไม่ปวด
ถึงปวดมากที่สุดให้เลือกเพียงคำตอบเดียวดังนี้

0	หมายถึง	ไม่มีอาการเจ็บ ปวด
1-3	หมายถึง	มีอาการเจ็บปวด เล็กน้อย
4-6	หมายถึง	มีอาการเจ็บปวด ปานกลาง
7-10	หมายถึง	มีอาการเจ็บปวด มากที่สุด

3. แบบประเมินการจัดการความเสี่ยงปัจจัย

คุณภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีงาน
คอมพิวเตอร์ (ประทีป อินทชัย, และคณะ, 2560)
เป็นข้อคำถามตรวจสอบรายการประกอบด้วย
ข้อประเมิน 8 ข้อ คือ มีและไม่มี ผู้วิจัยแปลผลเป็น
3 ระดับด้วยวิธีกำหนดเกณฑ์ (Bloom, 1971) คือ
ช่วงคะแนนร้อยละ 87.6-100 (ค่าคะแนน 8 คะแนน)
หมายถึงจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุณภาพด้าน
การยศาสตร์การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ระดับสูง,
ช่วงคะแนนร้อยละ 87.5-62.6 (ค่าคะแนน 7 คะแนน)
หมายถึงจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุณภาพด้าน
การยศาสตร์การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ระดับ
ปานกลาง และช่วงคะแนนร้อยละ 62.5-0 (ค่าคะแนน
0- 5 คะแนน) หมายถึงจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุณภาพ
ด้านการยศาสตร์การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์
ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคุณภาพด้านการยศาสตร์
จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content
Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ
สอดคล้อง IOC เท่ากับ 0.98 และวิเคราะห์ความ
เชื่อมั่น (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคซ์
เท่ากับ 0.76 ส่วนแบบประเมินความเสี่ยงทาง
การยศาสตร์ เป็นแบบสอบถาม Body Discomfort
Questionnaire เป็นเครื่องมือมาตรฐานการยศาสตร์
ของ Leon, (2003) และแบบประเมินการจัดการ
ความเสี่ยงปัจจัยคุณภาพด้านการยศาสตร์
การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ของประทีป อินทชัย,
และคณะ, (2560)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทำการศึกษาก่อนเริ่มกิจกรรมประกอบด้วย 1) ศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านกายศาสตร์สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในสำนักงาน โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะการทำงาน และปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ 2) ศึกษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์แบบสอบถาม Body Discomfort Questionnaire) และ 3) ศึกษาการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์ก่อนจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำดำเนินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการยศาสตร์ในการทำงาน ติดแผ่นป้ายกระตุ้นเตือนปฏิบัติตามหลักการยศาสตร์และการจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์ได้แก่การปรับเก้าอี้ ใช้หมอนรองหลังหรือรองนั่ง และปรับปรุงสถานี่งานคอมพิวเตอร์ตามบริบทของสำนักงาน

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยประเมินหลังดำเนินการกิจกรรมประเมินอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และประเมินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์หลังดำเนินการกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเข้าพบชี้แจงการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและทำการทดลองตามโปรแกรมวิจัยดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการตามระยะที่ 1 (กิจกรรมที่ 1) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะงาน และปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ (กิจกรรมที่ 2) ประเมินอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน และ(กิจกรรมที่ 3) ประเมินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการตามระยะที่ 2 (กิจกรรมที่ 1) จัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ (กิจกรรมที่ 2) การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์ และ(กิจกรรมที่ 3) สัปดาห์ที่ 4,8,10 ติดตามสอบถามกลุ่มตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อประเมินความถูกต้องตามหลักการยศาสตร์และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 13 ดำเนินการตามระยะที่ 3 (กิจกรรมที่ 1) ประเมินอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน และ(กิจกรรมที่ 2) ประเมินการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส สถานะสุขภาพ และระดับการศึกษา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลอายุ ดัชนีมวลกาย ลักษณะการ

ทำงาน ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ และ การจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์การจัดสถานี่งานคอมพิวเตอร์

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเลขที่ เลขที่ 18/2563 วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ.2563 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์การเข้าร่วมการศึกษาก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยวาจาและเอกสารชี้แจงโครงการ

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสำนักงานพบว่า บุคลากรเป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน ร้อยละ 93.3 เพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.1 อยู่ในช่วงอายุ 36-40 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 24.2 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-55 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 18.2 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน (18.5-22.9) จำนวน 15 คน ร้อยละ 48.4 รองลงมาอยู่ในระดับเกณฑ์โรคอ้วน (25.0-29.9) จำนวน 8 คน ร้อยละ 25.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและสมรสอย่างละเท่า ๆ กัน จำนวน 16 คน ร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 19 คน ร้อยละ 57.6 และสถานะสุขภาพ

มีโรคประจำตัว จำนวน 10 คน ร้อยละ 30.3 ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและภูมิแพ้อย่างละเท่า ๆ กัน จำนวน 3 คน ร้อยละ 23.1 และเคยได้รับการบาดเจ็บกล้ามเนื้อข้อต่อ จำนวน 4 คน ร้อยละ 12.1

2. ลักษณะการทำงานของบุคลากรสำนักงานพบว่า บุคลากรมีอายุงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39.5 และอายุงานอยู่ในช่วง 11-20, 21-30 ปี อย่างละเท่า ๆ กันจำนวน 8 คน ร้อยละ 24.2 ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 8 ชั่วโมง (สูงสุด จำนวน 10 ชั่วโมง และต่ำสุด จำนวน 6 ชั่วโมง) ชั่วโมงทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยต่อวัน จำนวน 4 ชั่วโมง (สูงสุด จำนวน 8 ชั่วโมง และต่ำสุด จำนวน 1 ชั่วโมง) และระยะเวลาทำงานกับคอมพิวเตอร์เฉลี่ยต่อวัน จำนวน 8 ชั่วโมง (สูงสุด จำนวน 12 ชั่วโมง และต่ำสุด จำนวน 3 ชั่วโมง)

3. ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์ของบุคลากรสำนักงานพบว่า บุคลากรสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์อยู่ในระดับสูงนั่งทำงานหรือยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง จำนวน 12 คน ร้อยละ 36.4 และก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน จำนวน 9 คน ร้อยละ 27.3 ส่วนปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยาศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน จำนวน 21 คน ร้อยละ 63.6 ท่าทางการทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ เช่น การใช้แรงแขนท่อนล่างตั้งแต่ข้อศอกถึงข้อมือซ้ำ ๆ กระจกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ (ความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาทีในเวลา 2 ชั่วโมงขึ้นไป) จำนวน 19 คน ร้อยละ 57.6 และท่าทางบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน จำนวน 14 คน ร้อยละ 42.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ของบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช (N=33)

ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์	ระดับปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์(จำนวน,ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
1. การก้มหรือเอียงศีรษะขณะทำงาน	3(9.1)	21(63.6)	9(27.3)
2. การ ก้ม-โค้งตัวไปด้านหน้าขณะทำงาน	20(60.6)	9(27.3)	4(12.1)
3. ท่าทางบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน	19(57.6)	14(42.4)	0(0.0)
4. ท่าทางการทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ เช่น การใช้แรงแขนท่อนล่างตั้งแต่ข้อศอกถึงข้อมือซ้ำ ๆ กระจกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ (ความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ในเวลา 2 ชั่วโมงขึ้นไป)	7(21.2)	19(57.6)	7(21.2)
5. บิดเกร็งข้อมือในการจับอุปกรณ์ต่าง ๆ ขณะทำงาน เช่น การเจาะกระดาษ หมุนบิดไปมา)	24(72.7)	6(18.2)	3(9.1)
6. ออกแรงยกวัสดุ/สิ่งของที่มีน้ำหนักมากเกินไปในขณะทำงาน (ผู้หญิงเกิน 25 กิโลกรัม ผู้ชายเกิน 55 กิโลกรัม)	32(97.0)	1(3.0)	0(0.0)
7. นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง	8(24.2)	13(39.4)	12(36.4)

4. เปรียบเทียบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรในสำนักงานหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 บริเวณคอ ข้อศอก แขน ข้อมือ ขา ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง เข่าและขาส่วนล่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช (N=33)

ส่วนของร่างกาย (Body parts)	อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน				t	p-value
	Before		After			
	X	S.D.	X	S.D.		
คอ (Neck)	4.00	1.96	1.54	2.20	3.03	0.004*
ข้อศอก (Elbows)	3.75	1.48	0.21	0.92	7.00	0.000*
แขน (Forearms)	3.20	0.83	0.31	1.02	2.58	0.003*
มือ (Wrist/Hands)	3.30	1.70	0.62	1.58	3.05	0.007*
ขา (Thighs)	3.80	1.64	0.30	0.98	6.66	0.001*
ข้อเท้า (Ankles/Feet)	1.50	0.70	0.42	1.41	3.00	0.102
ไหล่ (Shoulders)	4.88	2.11	2.18	2.51	4.84	0.000*
หลังส่วนบน (Upper back)	4.06	2.08	1.15	1.90	3.84	0.001*
หลังส่วนล่าง (Lower back)	4.53	1.77	2.15	2.70	3.35	0.001*
สะโพก (Hips)	3.00	1.41	0.42	1.47	0.00	0.500
เข่า (Knee)	3.92	2.32	0.36	0.96	3.63	0.001*
ขาส่วนล่าง (Lower Legs)	1.80	0.83	0.06	0.34	2.74	0.026*
อื่น ๆ (Other)	3.25	1.25	0.36	1.19	0.54	0.311

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05

5. เปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ การจัดสถานีนานคอมพิวเตอร์ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรในสำนักงานนั่งต้นขาขนานกับพื้น ร้อยละ 78.9 รองลงมาด้านหลังของเข่าควรมีช่องว่างด้านหลังของเข่าควรมีช่องว่าง ร้อยละ 69.7 หลังการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีนานคอมพิวเตอร์ บุคลากรสำนักงานนั่งด้านหลังของเข่าควรมีช่องว่างและหลังมีพนักพิง ร้อยละ 100.0 เมื่อเปรียบเทียบหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ภาพรวมการจัดสถานีนานการทำงานกับคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากร้อยละ 51.5 เป็นร้อยละ 63.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีนานคอมพิวเตอร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช (N=33)

การจัดสถานีงานการทำงานกับคอมพิวเตอร์	การจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์การจัดสถานีงานการทำงานกับคอมพิวเตอร์			
	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ต้นขาชนานกับพื้น	28	78.9	32	97.0
- เท้าวางราบกับพื้นหรือวางบนแผ่นรอง	20	60.0	32	97.0
- ด้านหลังของเก้าอี้ควรมีช่องว่าง	23	69.7	33	100.0
- หลังมีพนักพิง	16	48.5	33	100.0
- แขนท่อนล่างมีที่วาง	8	24.2	25	75.8
- ข้อศอกวางระดับเดียวกับแขนพิมพ์	11	33.3	31	93.9
- ข้อมือและมือควรวูอยู่ระดับเดียวกัน	17	51.5	32	97.0
- จอคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับสายตา	20	60.6	32	97.0

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (N=33)

การจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์	ระดับการจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ (จำนวน, ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ก่อน	1(3.0)	15 (45.5)	17(51.5)
หลัง	0(0.0)	12 (45.5)	21(63.6)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์พบว่า บุคลากรสำนักงานสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูง นั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมง ร้อยละ 36.4 และก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ร้อยละ 27.3 ด้วยลักษณะงานสำนักงานมักจะทำงานต่อเนื่องหรือติดพัน ทำให้มีโอกาสสัมผัสปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับสูงจากการนั่งทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 2 ชั่วโมงและการก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ประกอบกับบุคลากรสำนักงานมีข้อจำกัดในเรื่องความรีบเร่งของภาระงานในช่วงใกล้สิ้นปีงบประมาณ โดยเฉพาะในแผนกบัญชี แผนกยุทธศาสตร์และ

แผนงานโครงการและแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลลำพูนพบว่า บุคลากรสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ด้านท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม และด้านท่าทางการทำงานที่มีการเคลื่อนไหว (พาวินิจ ไจบาน, วีระพร ศุทธกรณ และธานี แก้วธรรมานุกุล, 2556) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน ส่วนปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับปานกลางคือ การก้มหรือเงยศีรษะขณะทำงาน ร้อยละ 63.6 ท่าทางการทำงานในลักษณะซ้ำ ๆ เช่น การใช้แรงแขนท่อนล่างตั้งแต่ข้อศอกถึงข้อมือซ้ำ ๆ กระดกข้อมือขึ้น-ลงซ้ำ ๆ (ความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาทีในเวลา 2 ชั่วโมงขึ้นไป) ร้อยละ 57.6 และท่าทางบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน ร้อยละ 42.4 สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (สุพรรณ ชุติวัตรพงษ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง, 2558) พบว่าปัญหาด้านการยศาสตร์การทำงานกับคอมพิวเตอร์ ด้านท่าทางการยกแขนส่วนบน ร้อยละ 73.1 และการก้มคอ ร้อยละ 62.8 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การทำกิจกรรมหรือการทำงานที่อยู่นิ่งๆ นานๆ โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ การออกแรงมากเกินไปขณะทำงานและการเคลื่อนไหวแบบซ้ำ ๆ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2560) รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในบุคลากรสำนักงานพบว่า ท่าทางการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 41.4 และระดับสูงมาก ร้อยละ 30.7 (จินดาภรณ์ มงคลแก่นทราย และอุไรวรรณ หมัดอ่าตัม, 2562) จะเห็นได้ว่าบุคลากรสำนักงานเหล่านี้ตลอดระยะเวลาการทำงานได้รับปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ซึ่งถือเป็นภัยเงียบก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพความผิดปกติของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อตามมา

2. เปรียบเทียบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานก่อนและหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ในบุคลากรสำนักงาน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรในสำนักงานหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 (บริเวณคอ ข้อศอก แขน ข้อมือ ขา ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง เข่าและขาส่วนล่าง) โดยเฉพาะบริเวณคอ ไหล่ และหลัง มีค่าเฉลี่ยของอาการปวดเมื่อยลดลงมากที่สุด (บริเวณคอเฉลี่ย 4.00 (S.D.=1.96) ลดลงเฉลี่ย 1.54 (S.D.=2.20) ไหล่ทั้งสองข้างเฉลี่ย 4.53 (S.D.=2.11) ลดลงเฉลี่ย 2.18 (S.D.=2.51) และหลังส่วนล่างเฉลี่ย 4.53 (S.D.=1.77) ลดลงเฉลี่ย 2.15 (S.D.=2.70)) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทการทำงานกับคอมพิวเตอร์ในสำนักงานส่งผลต่อการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อด้วยโรคออฟฟิศซินโดรม ส่งผลกระทบต่ออวัยวะบริเวณคอ ไหล่ หลัง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานและเป็นโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม (ธันยวงศ์ เศรษฐพิทักษ์, 2558) พบว่าพนักงานออฟฟิศที่มีอาการเจ็บป่วยจากโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรมส่วนใหญ่

มีระดับความรุนแรงที่ระดับปานกลางคือ รู้สึกปวดขณะทำงานและช่วงเวลาพักจากงาน โดยมีอาการเจ็บป่วยที่บริเวณไหล่และขามากที่สุด และจากการศึกษาการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สุพรรณงษ์ ชุติวัตร พงศธร และสุนิสา ชายเกลี้ยง, 2558) พบว่าความเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ระดับสูงขึ้นไป ท่าทางการยกแขนส่วนบนและการก้มคอมีความสัมพันธ์กับการปวด คอ ไหล่ และหลังของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เห็นได้ว่าบุคลากรสำนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ต่างได้รับผลกระทบต่อระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อโดยตรง แต่ภายหลังเมื่อได้รับการจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์เกิดความตระหนักในการทำงานตามหลักการยศาสตร์ที่ถูกต้อง ส่งผลให้อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลดลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์พนักงานมีค่าคะแนนการประเมิน ROSA ลดลงร้อยละ 23.9 และระดับความเสี่ยงต่อการปวดคอ ไหล่ หลังในระดับความเสี่ยงปานกลางและสูงลดลง ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์เพื่อนำมาซึ่งการจัดการแก้ไขตามปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ถูกต้องเป็นผลดีต่อสุขภาพของบุคลากรระยะยาว (สุนิสา ชายเกลี้ยง และวรวรรณ ภูขาดา, 2560)

3. เปรียบเทียบการจัดการความเสี่ยงปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ด้วยการจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจัดการความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ ภาพรวมการจัดสถานีงานคอมพิวเตอร์ของบุคลากรในสำนักงานเพิ่มขึ้นอยู่

ในระดับสูงจากร้อยละ 51.5 เป็นร้อยละ 63.6 เนื่องจากบุคลากรสำนักงานไม่ทราบว่าการจัดการทางการยศาสตร์ในการทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นอย่างไร ร้อยละ 41.9 (อรวรรณ บุราณรักษ์, และคณะ, 2561) ได้รับการจัดสถานีนงานคอมพิวเตอร์และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจว่าสถานีนงานคอมพิวเตอร์มีความสำคัญส่งผลต่อระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยทั้งชั่วคราวและระยะยาวถึงขั้นเรื้อรัง ทำให้บุคลากรสำนักงานเหล่านี้ปรับปรุงสถานีนงานคอมพิวเตอร์ตามหลักการยศาสตร์แต่ด้วยบริบทพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่มีข้อจำกัด ฉะนั้นในการจัดการความเสี่ยงด้านยศาสตร์การ จัดสถานีนงานคอมพิวเตอร์ ปรับปรุงสถานีนงานและท่าทางการทำงานให้ถูกต้องภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งบุคลากรสำนักงานส่วนใหญ่ไม่มีโต๊ะคอมพิวเตอร์เฉพาะ โดยจะวางคอมพิวเตอร์บนโต๊ะทำงาน ส่วนเก้าอี้นั่งทำงานไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ ไม่มีที่วางรองแขน เก้าอี้ปรับไม่ได้และบางตัวไม่มีพนักพิง จึงได้รับการแก้ไขด้วยการเพิ่มอุปกรณ์เสริมได้แก่ หมอนรองหลัง หมอนรองนั่ง อุปกรณ์วางเท้า มีป้ายเตือนท่าทางการทำงานกับคอมพิวเตอร์ที่ถูกต้อง ทั้งรายบุคคลและรายหน่วยงาน และป้ายเตือนการเปลี่ยนอิริยาบถทุก 2 ชั่วโมง ภายหลังการจัดการสถานีนงานคอมพิวเตอร์บุคลากรสำนักงานมีลักษณะการทำงานที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลดีในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการนั่งให้หลังมีพนักพิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ทำให้บางคนนั่งตัวตรงมากขึ้นจากที่ต้องนั่งหลังค่อม อีกทั้งได้ปรับจอคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับสายตา 10-15 องศา (สสิธร เทพตระการพร, 2561) พอดีกับสายตาและระยะห่างกับจอคอมพิวเตอร์ (50-70 เซนติเมตร)

ส่งผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานลดลงตามข้างต้น แต่ยังมีใน ส่วนความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่การจัดสถานีนงานการทำงานน้อยที่สุดคือแขนท่อนล่างมีที่วาง เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเก้าอี้นั่งทำงานที่ใช้อยู่ปัจจุบันไม่มีที่วางรองแขนและเก้าอี้ปรับไม่ได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่โรงพยาบาลจำเป็นต้องบริหารจัดการ เพื่อให้บุคลากรสำนักงานทำงานภายใต้หลักการยศาสตร์ที่ถูกต้องส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน

การนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาจากการวิจัยครั้งนี้ โรงพยาบาลควรนำผลจากการประเมินอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานและการจัดสถานีนงานคอมพิวเตอร์ เพื่อวางแผนบริหารจัดการกำหนดให้มีอุปกรณ์สำนักงาน (โต๊ะคอมพิวเตอร์ เก้าอี้ทำงาน) ที่ถูกต้อง หลักการยศาสตร์หรือประยุกต์จากทรัพยากรจัดสรรได้หรือมีแผนเดิมสามารถนำมาดำเนินการได้ทันที กำหนดเวลา และส่งเสริมความรู้เอาชีวนามัยตามปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ประจำปีหรือสม่ำเสมอ เพื่อให้บุคลากรตระหนักรู้เข้าใจปฏิบัติงานตามหลักการยศาสตร์อย่างถูกต้อง(ผู้ปฏิบัติงานควรนั่งให้หลังตรง เก้าอี้มีพนักพิง มีที่พักแขนและทำมุม 90 องศา เท้าแตะถึงพื้น จอคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับสายตา 10-15 องศา ระยะห่าง 50-70 ซม. เป็นต้น) และต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไปบริบทลักษณะงานสำนักงานทำให้บุคลากรนั่งทำงานติดกันเป็นเวลานานควรทำการศึกษาเชิงทดลองโดยมีกิจกรรม

การยืดเหยียดกล้ามเนื้อระหว่างปฏิบัติงานของหน่วยงานตนเอง เพื่อเป็นมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคจากการทำงานสำนักงาน (ออฟฟิศซินโดรม รวมทั้งเปรียบเทียบกิจกรรมยืดเหยียดใดที่ให้ผลดีต่อการลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรที่เข้าร่วมวิจัย สำนักงานหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560-2579) กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, (2560). แนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. สืบค้นจาก http://envocc.dcd.moph.go.th/uploads/media/manual/Guidelines_Health_Services.pdf

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2561). รายงานการสรุปผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นครศรีธรรมราช:

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2561). รายงานการสรุปผลการสำรวจอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2561. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

จินดาภรณ์มงคลแก่นทราย, และ อุไรวรรณ หมดอำตม์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในบุคลากรสำนักงาน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(1), 37-44

อันยวงศ์ เศรษฐ์พิทักษ์. (2558) ปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและเป็นโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม. (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประทีป อินทชัย, ยุทธพงษ์ พรหมเสนา, วราพร พงษ์พานิช, วันทนา หินเฑาะว์, สายฝน จำปาหาญ และโสภา บุญละออ. (2560). รายงานการฝึกการปฏิบัติกรพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมโครงการนิติศาสตร์ยุคใหม่ท่ามกลาง MSDs. (รายงานการฝึกการปฏิบัติกรพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมคณะพยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พาวินฉวี ใจบาน, วีระพร ศุทธภรณ์ และธานี แก้วธรรมมานุกุล. (2556). ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อของบุคลากรสายสนับสนุนใน

- โรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์. วารสาร
พยาบาลสาร, 40(พิเศษ), 1-11
- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2559).
นโยบายการจัดบริการอาชีวอนามัยและการ
จัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม กลุ่มงาน
อาชีวอนามัยโรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช:
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2563). รายงาน
การสรุปผลการเข้ารับการรักษาโรกระบบ
โครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร
สำนักงานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2562. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาล
มหาราชนครศรีธรรมราช.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561).
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ. สืบค้น
จาก [https://www.ha.or.th/Backend/
fileupload/](https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/)
- สลิษฐ์ เทพตระการพร. (2561) การประยุกต์การ
ยศาสตร์ในสำนักงานและในโรงพยาบาล
เอกสารการสอนการยศาสตร์ 54109 (พิมพ์
ครั้งที่ 8). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมธิราช
- สุขวรรณ ชุติวัตรพงษ์ และสุนิสา ชายเกลี้ยง.
(2558). การประเมินความเสี่ยงและปัจจัย
เสี่ยงทางการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้
คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัย
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
8(3), 64-72
- สุนิสา ชายเกลี้ยง, และ วรวรรณ ภูษาดา. (2560).
ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับปรุงตาม
หลักการยศาสตร์ในพนักงานศูนย์บริการ
ข้อมูล. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร, 31(5),
325-331
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554)
คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน
ของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุง
แก้ไข พ.ศ. 2554). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย จำกัด
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.
(2560). เณฑ์และแนวทางการตรวจประเมิน
ตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย
และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล
ศูนย์/ทั่วไป. สืบค้นจาก [http://envocdddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/
3.1%20Guie%20PCU%2061\(1nov60\).
pdf](http://envocdddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/3.1%20Guie%20PCU%2061(1nov60).pdf)
- อรวรรณ บุราณรักษ์, วิชัย อิงพิณิจพงศ์, ครูศาสตร์
คนหาญ, นิสาล พลวาปี และปัทมวรรณ
ฉินตะเคียน. (2561). ความชุกของปัญหา
ระบบโครงร่างกล้ามเนื้อคอและรยางค์
ส่วนบนและการจัดการทางการยศาสตร์ใน
ผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์. วารสารเทคนิคการ
แพทย์และกายภาพบำบัด, 30(1), 29-38
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G.
(1971). *Handbook on formative
and summative evaluation of
student learning*. NY: McGraw-Hill.



Krebs, E. E., Carey, T. S., & Weinberger, M. (2007). Accuracy of the pain numeric rating scale as a screening test in primary care. *Journal of general internal medicine*, 22(10), 1453–1458. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0321-2>

Leon, M.S. (2003). Body Discomfort Assessment Tools Occupational Ergonomics (pp. 26-21-26- 14): CRC Press

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา

Development of ventilator weaning protocol of head injuries patients:
Trauma and male prisoner ward, Songkhla hospital.

เพ็ญแข รัตนพันธ์

Penkhae Rattanapan

โรงพยาบาลสงขลา

Songkhla Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น การศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะคือ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย จำนวน 15 คน เวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 31 ราย (2) พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 20 ราย และ (3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 15 ราย และเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หย่าเครื่องช่วยหายใจก่อนใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามและแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงด้านภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรง (content validity index : CVI) เท่ากับ 1 หาค่าความเที่ยง(Reliability) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .86, .84 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวปฏิบัติทำให้ได้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะก่อนหย่า ขณะหย่า และหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ และผลการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้น โดยลดระยะเวลาใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยลดลงจาก 6.5 วัน เหลือ 2.9 วัน จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 14.4 วัน เหลือ 6.8 วัน พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ในระดับมาก ถึงมากที่สุด

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จควรมีการร่วมมือกันของทีมสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จอย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และลดวันนอน ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การหย่าเครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Abstract

The research and development aim to developed the ventilator weaning protocol in patients with head injury and assess the use of the developed weaning protocol based on the success of weaning and the duration of the use of the ventilator, including nurses' satisfaction in the ward and the duration of using the ventilator. The study consists of three phases: (1) analysis of situation. The target group consists of 15 professional nurses who have worked in the accident ward and 31 patients with head injury who wear a ventilator prior to the development of weaning protocol. (2) the development of weaning protocol by 20 people after the weaning protocol and (3) the evaluation of a weaning protocol implementation by 15 professional nurses. The instrument validity was test by 3 experts. It's content validity index (CVI) of the questionnaires were equal value of 1 and reliability was tested by using Cronbach's alpha coefficient obtained at .86, .84 and .86. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

The study found that the development a weaning protocol of ventilator in patients with head injury increased the ability to successfully wean out the ventilator by reducing the average breathing time from 6.5 days to 2.9 days. The average admitting day was reduced from 14.4 days to 6.8 days.

The results of the research indicate that successful ventilating weaning should be coordinated among the healthcare team so that the patients are ready to wean the ventilator. The development of a weaning protocol leads to rapid success in ventilation weaning and shortens the duration of using ventilation, reduces complications from using ventilation, decreases admission days, and is better quality of life for patients.

Keywords : Development of weaning protocol, Ventilator weaning protocol, Patients with head injuries.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะ (Head Injury) ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร ดังสถิติในปีพ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีอุบัติเหตุจราจรทางบกเกิดขึ้น ได้รับบาดเจ็บ 79,117 ครั้ง เสียชีวิต 8,366 ราย (กระทรวงคมนาคม, 2561) จากข้อมูลการให้บริการของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา ยอดผู้ป่วยเข้ารับบริการในปี พ.ศ.2559-2561 พบว่ามีจำนวน 767, 593 และ 743 ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกกระทำต่อโครงสร้างทางกายภาพและหน้าที่ของสมองซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างน้อย 1 อาการ (Silver, McAllister & Yudofsky, 2001) การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ จึงจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ศีรษะโดยเฉพาะกลุ่มที่มี การประเมินระดับความรู้สึกตัวตามแบบประเมินของกลาสโกว (Glasgow Coma Scores) ต่ำกว่า 8 ที่มีอาการหมดสติ (coma) เกิดความบกพร่องในกลไกควบคุมการหายใจทำให้เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด พยาธิสภาพของความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นที่ศูนย์การหายใจในสมอง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและมีอัตราการตายสูง (สมใจ สายลม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีภาวะวิกฤตและต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 79,54 และ 83 ราย ตามลำดับ ถึงแม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยชีวิต แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มที่จะหายใจได้บ้างแล้ว จะต้องรีบลดความเข้มข้นของออกซิเจนลงเพื่อป้องกันการเกิดพิษจากการได้รับออกซิเจนมาก

เกินไป (oxygen toxicity) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ความดันโลหิตต่ำลง เนื่องจากการทำงานลดลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic tone) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) เกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะปอดแตก ปอดแฟบ เกิดภาวะกรด-ด่างจากการหายใจ (respiratory acidosis-alkalosis) ภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) เลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการหลังกรดที่เกิดจากความเครียดมากเกินไป (สมใจ สายลมและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) และเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia ; VAP) (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีกร, เพลินดา ศิริปการและชวณพิศ ทำนอง, 2556) ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (La-or & Ekchariyawat, 2010) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Center of Disease Control and Prevention, CDC) ประเมินการว่าจะมีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจประมาณ 300,000 คนต่อปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิด VAP ส่งผลให้อัตราการตายสูงขึ้น (CDC, 2017) การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานโดยไม่มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อาจทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อและเส้นประสาทอ่อนแรง (สมใจ สายลมและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) ทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากมากขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (unplanned extubation) ทั้งที่เกิดจากผู้ป่วยดึงออกเอง (self extubation) หรือการเลื่อนหลุดโดยไม่ตั้งใจจากผู้ป่วยเองหรือจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้การพยาบาล (accidental extubation) ซึ่งการเลื่อน

หูดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า นี้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ การใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก การสูดสำลัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (Jarachovic, Mason & KerberMcNett, 2011) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาด้านการสื่อสาร ความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลและการพักผ่อนไม่เพียงพอ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวแล้ว จำเป็นต้องได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน

จากข้อมูลการให้บริการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา ในปีพ.ศ. 2559-2561 พบว่าความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 45.00, 52.63 และ 54.05 ตามลำดับ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2562-เมษายน 2563 มีผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จต้องเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจต่อที่บ้าน 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.95) เสียชีวิต 6 ราย ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเฉลี่ย 6.55 วัน และระยะวันนอนเฉลี่ย 14.45 วัน เนื่องจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะได้มีการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยศัลยกรรม แต่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจจะเริ่มได้เมื่อวิสัญญีแพทย์มาตรวจเยี่ยมและมีแผนการรักษาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงจะเริ่มทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปรับแนวทาง

การพยาบาลการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ และหากผู้ป่วยได้รับการหย่าสำเร็จแล้วก็ต้องรอแผนการรักษาจากวิสัญญีแพทย์ ในการถอดท่อช่วยหายใจอีกครั้ง การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นกระบวนการ ในการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ทดสอบการหายใจเองไปจนถึงเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม จนกระทั่ง ผู้ป่วยถอดท่อช่วยหายใจสำเร็จ นอกจากนี้สมรรถนะของพยาบาล ในการประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจยังมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้เกิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ล่าช้า

จากการศึกษาของศรีจันทร ธนเจริญพัทธ์ และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งพบว่าการใช้โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยหลังการพัฒนาโปรแกรมมีความสำเร็จมากกว่า ก่อนพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลาที่มีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและสถานการณ์ทำงานของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าสู่กระบวนการหย่าที่เร็วขึ้น หากพบว่ายังมีปัญหาทางคลินิก ไม่พร้อมเข้าสู่กระบวนการหย่า รายงานแพทย์เพื่อรักษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาระบบหายใจล้มเหลว และหากประเมินแล้วผ่านเกณฑ์ ให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการหย่าได้ หากผู้ป่วยผ่านการประเมินและพร้อมที่จะหย่า ผู้ป่วยจะได้รับการทดสอบการหายใจด้วยตัวเอง (spontaneous breathing trial)

ก่อนได้รับการถอดท่อ และหากไม่ผ่านให้กลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ หลังผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ จะมีการประเมินภาวะขาดออกซิเจน จนถึง 48 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วยหายใจ การพัฒนาแนวปฏิบัติจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย

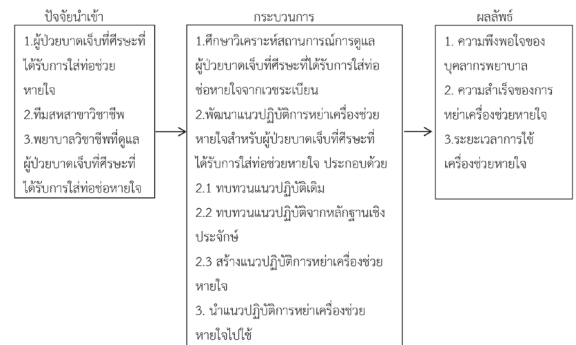
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจย้อนหลังของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
4. เพื่อศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา โดยมีแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่ประยุกต์จาก Burns weaning assessment program (BWAP) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาเขียนกรอบแนวคิดโดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาการ (Research and Development) ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์ สถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจย้อนหลัง (retrospective) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 31 ราย นำข้อมูลเข้าประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ระบบการดูแลผู้ป่วยและหาแนวทางแก้ไข เครื่องมือคือแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยหาค่าความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขั้นสูง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงด้านภาษาได้ค่าความตรง (content validity index : CVI) เท่ากับ 1 แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่หยา เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่หยาเครื่องช่วยหายใจ เท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีการประยุกต์จาก Burns weaning assessment program (BWAP) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) และนำไปใช้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจเตรียมนำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ได้ผ่านการเห็นชอบจากทีมสหสาขาวิชาชีพลงสู่การปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะโดยประเมินจากความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาล

วิชาชีพที่หยาผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 15 คน (เก็บทุกคน) โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขั้นสูง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1 นำแบบประเมินมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและทดลองใช้ แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลที่มีต่อรูปแบบพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 แล้วนำมาเก็บข้อมูลที่หยาผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2020-Nrt-IN-3-04006 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบคำถามและผู้บริหารโรงพยาบาลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และข้อมูลเปรียบเทียบผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชายโรงพยาบาลสงขลา มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเวลาวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ร่วมวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชายของโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3) อายุเฉลี่ย 39.4 ปี (SD.=10.14) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 66.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 86.7 แต่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลักสูตร 4 เดือนถึงร้อยละ 93.3

ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่เพศชาย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 77.4) อายุระหว่าง 16-70 ปี อายุเฉลี่ย 36.23 ปี (SD.=14.01) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.0 ส่วนใหญ่ใส่ท่อร้อยละ 58.1 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 66.7 ไม่ติดสารเสพติดร้อยละ 93.5 ระยะเวลาใส่ท่อเฉลี่ย 6.55 วัน (SD.=11.02)

2. แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ทีมผู้วิจัยได้บทสรุปโดยเลือกแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ดังนี้

1) ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้กำกับในการ

หย่าเครื่องช่วยหายใจ (nurse-directed weaning) คือหลังจากพยาบาลประเมินความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว ผ่านเกณฑ์สามารถเริ่มกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้โดยไม่ต้องรอแผนการรักษาจากวิสัญญีแพทย์

2) พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเข้าสู่กระบวนการเตรียมถอดท่อช่วยหายใจ มีการประเมินเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจ และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ

3) หากพบว่ายังมีปัญหาทางคลินิกผู้ป่วยไม่พร้อมเข้าสู่กระบวนการหย่า รายงานแพทย์เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาระบบหายใจล้มเหลว และหากประเมินแล้วผ่านเกณฑ์ให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการหย่าได้ และหากไม่ผ่านให้กลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ

3. ผลการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในด้านต่าง ๆ ดังนี้ มีความพึงพอใจเพราะง่ายต่อการนำไปใช้มาก และมากที่สุดร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ด้านความสะดวกต่อการนำไปใช้มีความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 53.3 พึงพอใจเพราะเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนมากร้อยละ 66.7 มีความเหมาะสมในสถานการณ์จริงมากที่สุดร้อยละ 46.7 และพอใจที่เห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

ประสิทธิภาพอย่างมากร้อยละ 53.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจากพัฒนาแล้ว

ความพึงพอใจด้าน	ระดับความพึงพอใจ					
	ปานกลาง		มาก		มากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ง่ายต่อการนำไปใช้	-	-	8	53.3	7	46.7
สะดวกต่อการนำไปใช้	-	-	7	46.7	8	53.3
มีความชัดเจน	1	6.6	10	66.7	4	26.7
มีความเหมาะสมในสถานการณ์จริงของหน่วยงาน	1	6.6	7	46.7	7	46.7
สามารถนำไปใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-	-	8	53.3	7	46.7

3.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีแนวปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันส่งผลให้สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเร็วขึ้นเฉลี่ยเหลือเพียง 2.9 วัน และลดจำนวนวันนอนเฉลี่ยเหลือเพียง 6.8 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจและจำนวนวันนอนหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของหอผู้ป่วย

ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาลสงขลา

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย(วัน)	SD.
ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	2.9	1.33
จำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ	6.8	1.73

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อศึกษาผลการใช้นโยบายปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น อภิปรายผลได้ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะลดปัญหาการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีและชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสอดคล้องกับการศึกษาของจิตรศิริ ต้นติชาติกุล และวนิดา เคนทองดี (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติทำให้อัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลง ผลลัพธ์จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแล้วนำไปใช้จริงพบว่า ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ จากค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่ศีรษะลดลงจาก 6.5 วัน เหลือเพียง 2.9 วัน และลดวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยจาก 14.4 วัน เหลือเพียง 6.8 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีจันทร ธนเจริญพัทธ์ และคณะ (2558) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งพบว่า โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยหลังการพัฒนาโปรแกรมมีความสำเร็จมากกว่าก่อนพัฒนา โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 7.10 วัน เหลือเพียง 4.40 วัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช วรรณกุล (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้นจาก 28 ชั่วโมง เป็น 16 ชั่วโมง และยังส่งผลให้วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 12.9 วัน เป็น 8.6 วัน และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อีกด้วย นอกจากนี้เยาวลักษณ์ วุฒิยาสาร, จิตินันท์ วัฒนชัย, นิภาดา ธาธีเพียรและพรรณราย สุนทรจามร (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของประภาดา วัชรนารถ นพ.สุทัศน์ รุ่งเรือง หิรัญญาและนนุช แยมวงษ์ (2555) ที่ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยผลการวิจัยชี้ให้

เห็นว่าการพัฒนาแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากจากทีมสหวิชาชีพที่ต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการหยาเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จ เพราะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ประสานความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมเพื่อที่จะรับการหยาเครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายที่พัฒนาขึ้นโดยมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ เพราะใช้ง่าย สะดวก มีความชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรวิ พุเต็มวงค์ และมลิวลัย มุลมงคล (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลลำปาง พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้น พยาบาลผู้ใช้งานเห็นว่ามีความง่าย ค่อนข้างสะดวกในการปฏิบัติและมีความพึงพอใจค่อนข้างสูง การพัฒนาแนวปฏิบัติให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมที่สุดย่อมมีประโยชน์กับทุกฝ่ายทั้งทีมผู้ดูแลที่สามารถให้การดูแลด้วยความมั่นใจ มีรูปแบบและแนวทางที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีความสะดวกเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติ ตัวผู้ป่วยเองก็ได้รับผลประโยชน์ที่ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน รวมไปถึงญาติและผู้เกี่ยวข้องก็มีความสะดวก ได้มีเวลาทำมาหากิน ประหยัด

ค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางมาเข้าที่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับ ศจี พานวัน เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย และ ชัชฎาวดี ปานเชื้อ (2557) ที่ศึกษาผลการใช้ แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อความรู้ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและจำนวนวัน ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยหอบหืดผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและนักโทษชาย โรงพยาบาล สงขลา ซึ่งมีการพัฒนาเป็น 3 ระยะ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการทบทวนเอกสารทางวิชาการ การทดลอง ปฏิบัติจริง การค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันของทีม ทำให้ได้มาซึ่งแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ แนวปฏิบัติที่ได้มีความชัดเจน เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และสามารถนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะควรใช้แนวปฏิบัติจากการพัฒนาสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกราย เนื่องจากลดระยะเวลา ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจและ ใส่เครื่องช่วยหายใจซ้ำ ลดอัตราการเจาะคอ อาการ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลา นอนในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมในบางประเด็น ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจหากมีการศึกษา ต่อยอดการวิจัยนี้เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ศึกษาการหย่าเครื่อง ช่วยหายใจในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆเช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บ ช่องอก ฯลฯ และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย ที่มีผลทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จหรือ ล้มเหลว ก็สามารถพัฒนาการทำงานของทีมนสหวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรรวิ พุเต็มวงศ์ และ มลิวลัย มุลมมงคล. (2559). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร, 37(11), 16-22.
- จิตรศิริ ดันติชาติกุลและวนิดา เคนทองดี. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์. วารสาร กองการพยาบาล. 40(3):56-69.
- ประภาดา วัชรนารถ, นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และนงนุช แยมวงษ์. (2555). ผลของการ พัฒนาแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม. รายงานการ วิจัย.
- เยาวลักษณ์ วุฒิยาสาร, ฐิตินันท์วัฒนชัย, นิภาดา ธารีเพียร และ พรรณราย สุนทรจามร. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วย อายุรกรรม. วารสารการพยาบาลและการ ดูแลสุขภาพ, 34(4), 89-91.

- อรนุช วรรณกุล. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติ การหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤติ ศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารกระบี เวชสาร, 1(2), 1-11.
- รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ของกระทรวงคมนาคม. (2561). [Online available] สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2562 จาก <http://www.otp.go.th/index.php/post/view?id=3548>
- ศจี พานวัน, เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย และชัชฎาวดี ปานเชื้อ. (2557). ผลการใช้แนวปฏิบัติการ หยาเครื่องช่วยหายใจต่อความรู้ ความ พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและจำนวนวัน ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสาร วิชาการแพทย์เขต11, 28(4). 829-238.
- ศรัจจันทร์ ธนเจริญพัทธ์, อุษา วงษ์อนันต์, ศศิธร ศิริกุล, จิรัญญา กาญจนโษษย์ และ อุษา กลิ่นขจร. (2558). การพัฒนาการหยาเครื่อง ช่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33(2): 83-91.
- สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, เพลินตา ศิริปการ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ ระยะวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สมใจ สายลม และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของการหยาเครื่องช่วยหายใจอย่าง ต่อเนื่องต่อความสำเร็จและระยะเวลา ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก, 25(1): 54-68.
- Burns, SM., Fisher. C., Earven Tribble, SS., Lewis, R., Merrel, P., Conaway, MR., et al. Multifactor clinical score and outcome of mechanical ventilation weaningtrial : burns wean assessment program. Am J Crit Care 2001; (1): 431-42.
- Center of Disease Control. (2017). Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. Device-associatedModule PNEU/VAP, 1-17.
- Jarachovic, M., Mason, M., Kerber, K., McNett, M. The Role of Standardized Protocols in Unplanned 6. Extubations in a Medical Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care 2011; 20(4): 303-307.
- La-or, P., Ekcharyawat, R. Incidence Rates and Impact of Ventilator-Associated Pneumonia Patients in NakhonNayok Hospital. Journal of Health Science Research 2010; (4): 12-15.
- Silver, MJ., McAllister, WT., Yudofsky, CS. Textbook of Traumatic Brain Injury. 2nd ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2001.
- Soukup, M., The center for advanced nursing practice evidence based practice model. Nurs elin North Am 2000; 3 (2): 301-9.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

Factors Related to the Rupture of Appendicitis in the Ranong Hospital, Ranong Province.

ปานลี ชัยยะ
Pansi Chaiya
โรงพยาบาลระนอง
Ranong hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยการศึกษาย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ และเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ปี 2561-2562 จำนวน 187 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยหาไคส์แควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเกิดภาวะไส้ติ่งแตก ร้อยละ 33.2 และการใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ดัชนีมวลกาย โรคร่วม แพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัด เวรที่ทำการผ่าตัด และระยะเวลาของการวินิจฉัย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ควรให้การเฝ้าระวังกับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง เพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก รณรงค์ให้แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล และจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางในการเป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และร่วมทำหัตถการในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาแทรกซ้อน เพื่อลดการเกิดไส้ติ่งแตก

คำสำคัญ : ภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

Abstract

Analytical research by this retrospective study method that study to the incidence of ruptured appendicitis in patients undergoing appendicitis surgery ; to study the factors relating to the ruptured appendicitis in patients undergoing appendicitis surgery and a guide to help diagnose appendicitis in Ranong Hospital. The sample of this research was conducted in 187 patients who underwent appendicitis surgery in 2018-2019. The tools of research was data records, which was developed with the accepted validity by experts. The statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation. Relationship by Chi-square

The result showed that 33.2% of acute appendicitis having ruptured. Antibiotic use was significantly associated with ruptured appendicitis ($P < 0.01$), surgical time was significantly associated with ruptured appendicitis ($P < 0.05$) and onset to diagnosis was significantly associated with ruptured appendicitis ($P < 0.001$). The factors of variables : gender, age, address, BMI, comorbidity, surgical physician, SET OR and waiting time for diagnosis were not associated with the ruptured appendicitis.

The findings show about the surveillance should be given to patients coming to the hospital with abdominal pain for ruptured appendicitis, protocol for doctors and public health personnel was a reasonable use of antibiotics and provide specialized doctors to be mentors, consultants, adviser and joint procedures in patients with complications to reduce the occurrence of ruptured appendicitis.

Keywords : Ruptured acute appendicitis

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน เป็นโรคที่มีปัญหาในการวินิจฉัยค่อนข้างมาก ทั้งวินิจฉัยผิด และวินิจฉัยช้า เด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี เกือบทุกราย มักจะวินิจฉัยได้หลังไส้ติ่งแตกแล้ว เด็กเล็กและผู้สูงอายุ อาจมีปัญหารุนแรง ถ้ารักษา

ล่าช้า เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ สาเหตุของการเกิดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เนื่องจากมีการอุดตันหรือตีบแคบของช่องภายในไส้ติ่งจากเศษอุจจาระ พยาธิสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ หรือการขยายตัวของเนื้อเยื่อกลุ่มน้ำเหลืองของไส้ติ่งเมื่อมีการอักเสบเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน มักมีอาการและอาการแสดงซึ่งประกอบด้วย อาการปวดท้อง

โดยเริ่มแรกอาจมีอาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณรอบ ๆ สะดือ หลังจากนั้น 4-6 ชั่วโมงอาการปวดจะย้ายมาอยู่บริเวณท้องด้านข้างขวา ซึ่งเป็นอาการนำที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้อาจพบอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และมีไข้ร่วมด้วย ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพและการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดที่ล่าช้า รวมทั้งการดูแลที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เป็นฝีที่ไส้ติ่ง ไส้ติ่งแตกทะลุ เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานมากขึ้นจากการปวดท้องและมีไข้สูง เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้ช้า ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน สามารถประเมินได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งโดยปกติการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันสามารถทำได้ง่ายหากผู้ป่วยมีลักษณะอาการและการตรวจพบที่ชัดเจน แต่ก็มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีลักษณะอาการไม่ชัดเจนแต่อยู่ในกลุ่มที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาในการประเมิน ทำให้มีการประเมินสภาพที่ล่าช้าและผิดพลาดได้ (DeKoning EP., 2011) ยังไม่มีเครื่องมือยืนยันการวินิจฉัยที่แท้จริง จึงมีผู้คิดวิธีช่วยวินิจฉัยโดยใช้ประวัติการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการให้คะแนนที่เรียกว่า Alvarado score : RIPASA และ Modified : RIPASA (พีรวัฒน์ ลิ้มมหาคุณ, 2558)

ในปี 2561-2562 โรงพยาบาลระนอง

มีผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ จำนวน 439 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันแตกทะลุจำนวน 27 ราย (โรงพยาบาลระนอง, 2561) เนื่องจากมีโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายได้ อีกทั้งโรงพยาบาลระนองมีศัลยแพทย์เพียง 1 ท่าน กอปรกับความไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่มีใช้ศัลยแพทย์ถึงแม้จะมีแนวทางในการวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ เช่น RIPASA และ Modified RIPASA score ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในเรื่องของการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินความเจ็บปวด และการดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดยังมีความหลากหลายไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้วิจัย ในฐานะผู้ปฏิบัติงานและควบคุมกำกับ การปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง เพื่อนำมาเป็นแนวทางช่วยวินิจฉัยโรคไส้ติ่งอักเสบ และลดอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบสำหรับโรงพยาบาลระนอง และโรงพยาบาลอื่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
3. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยวินิจฉัยโรค

ไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ 4 และ 5 โรงพยาบาลระนอง ระหว่างปี 2561-2562 (ตุลาคม 2561-กันยายน 2562)

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูล เพศ อายุ ที่อยู่ น้ำหนัก ส่วนสูง และปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด ประกอบด้วย โรคร่วม แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดไส้ติ่ง เวิร์ท SET ผ่าตัด การใส่ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ระยะเวลาของการวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) โดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบปี 2561-2562 กลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ใช้สุทธราชนาดกลุ่มตัวอย่าง แดเนียล (Daniel, W.W., 1995) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 187 ราย กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเข้าสู่การศึกษา ต้องเป็นผู้เข้ารับผ่าตัดโดยยืนยันวินิจฉัย และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

ผู้ป่วย เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย เข้าร่วมโครงการ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ในปี พ.ศ. 2561-2562 (ตุลาคม 2561-กันยายน 2562) และเกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ จะเป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง จากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากกมนทรศน์ มูลทอง ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย แบ่งเป็น 2 ตอน 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ น้ำหนัก ส่วนสูง และ 2) ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ โรคร่วม แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดไส้ติ่ง เวิร์ท SET ผ่าตัด การใส่ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ระยะเวลาของการวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย และการเกิดไส้ติ่งแตก

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ไปตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของร่างแบบบันทึกข้อมูล โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม ถ้าดัชนีความสอดคล้องที่คำนวณได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นก็เป็นตัวแทนของกลุ่มพฤติกรรมนั้น ถ้าข้อคำถามใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 ข้อคำถามนั้นก็จะต้องถูกตัดออกไปหรือต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ให้ดีขึ้น สำหรับผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์ทุกข้อ

อยู่ระหว่าง 0.6-1.0

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการแก่พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษ 4 และ 5 โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
2. ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน
3. เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกว่าครบถ้วนหรือไม่ หากไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม
4. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ข้อจำกัดของการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบ โรงพยาบาลระนอง ซึ่งปรากฏตามที่ได้มีการบันทึกในเวชระเบียน หากไม่ปรากฏรายการในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยก็ไม่สามารถเก็บรวบรวมได้ จึงมีข้อจำกัดในการเลือกใช้ตัวแปรดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป หากมีการศึกษาตัวแปรในด้านอื่น ๆ ควรทำการศึกษาแบบการติดตามไปข้างหน้า จะทำให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ ไม่มีความชำนาญมากในเรื่องของสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล จึงขอใช้สถิติในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระคือ เพศ อายุ BMI ที่อยู่ แพทย์ เหว (ที่ SETผ่าตัด) การใช้ยา ปฏิชีวนะ ระยะเวลาทำการผ่าตัด ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยได้ ใช้ chi square test (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2545)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง COA_PHRN 012/2563 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบ ในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.1 มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ (อายุ 35 ปีขึ้นไป) มาก ถึงร้อยละ 35.8 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.13 ปี (S.D. = 17.513) มีที่อยู่ ในเขตอำเภอเมืองระนองมากถึง 54.5 และส่วนมากมีดัชนีมวลกายที่น้ำหนัก สมส่วน ร้อยละ 29.9

2. ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดไส้ติ่งอีกเสบ ในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 88.2 มีเป็นโรคร่วมเพียง ร้อยละ 11.8 โรคที่เป็นมากที่สุดเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง ร้อยละ 5.9 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 4.3 และภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ ร้อยละ 2.1 แพทย์ผู้ทำหัตถการ ผ่าตัดไส้ติ่ง มากกว่าครึ่งเป็นแพทย์ใช้ทุน ถึงร้อยละ 71.7 และแพทย์ประจำ ร้อยละ 28.3 เวิร์ท SET ผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเวรป่วย ร้อยละ 48.7 รองลงเป็น เวิร์ทเช้า ร้อยละ 40.1 การใช้ยาปฏิชีวนะ ส่วนใหญ่ มีการใช้ยาปฏิชีวนะถึงร้อยละ 97.3 ระยะเวลาที่ทำการ ผ่าตัด มากกว่าครึ่งใช้เวลาระหว่าง 31-90 นาที ร้อยละ 56.1 ระยะเวลาของการวินิจฉัย ส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 90.9 และ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย มากกว่าครึ่ง ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 54.5

3. อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ใน โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง จำนวน 187 ราย เกิดไส้ติ่งแตก จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของ ไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการแตกของไส้ติ่งอักเสบ

เพศ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นเพศชาย เกิดการแตกของไส้ติ่ง มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 35.9 และ 29.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก อายุ เมื่อ พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการแตก ของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็น กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า

กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปีเล็กน้อย คือ ร้อยละ 41.8 และ 28.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ที่อยู่ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่กับการ แตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ เป็นกลุ่มที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองระนอง เกิดการ แตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ระนองเล็กน้อย คือ ร้อยละ 34.1 และ 32.4 ตาม ลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ที่อยู่ไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก และดัชนีมวลกาย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับ การแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มดัชนีมวลกายผิดปกติ เกิดการแตกของ ไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มดัชนีมวลกายปกติเล็กน้อย คือ ร้อยละ 34.4 และ 30.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความ สัมพันธ์ พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับ การเกิดไส้ติ่งแตก รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ การแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเกิดไส้ติ่งแตก		χ^2	df	P-value
	แตก (ร้อยละ)	ไม่แตก (ร้อยละ)			
1. เพศ					
- ชาย	37 (35.9)	66 (64.1)	0.792	1	0.373
- หญิง	25 (29.8)	59 (70.2)			
2. อายุ					
- น้อยกว่า 35 ปี	34 (28.3)	86 (71.7)	3.513	1	0.061
- อายุ 35 ปี ขึ้นไป	28 (41.8)	39 (58.2)			
3. ที่อยู่					
- ในเขตอำเภอ เมืองระนอง	33 (32.4)	69 (67.6)	0.065	1	0.799
- นอกเขตอำเภอ เมืองระนอง	29 (34.1)	56 (65.9)			

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเกิดไส้ติ่งแตก		χ^2	df	P-value
	แตก (ร้อยละ)	ไม่แตก (ร้อยละ)			
4. ดัชนีมวลกาย					
- ปกติ	17 (30.4)	39 (69.6)	0.282	1	0.595
- ผิดปกติ	45 (34.4)	86 (65.6)			

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดกับการแตกของไส้ติ่งอักเสบ

โรคร่วม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า ไม่มีโรคร่วมเล็กน้อย คือ ร้อยละ 45.5 และ 31.5 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า โรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก แพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัด เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัดกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ใช้ทุน เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มแพทย์ประจำ เล็กน้อย คือ ร้อยละ 35.1 และ 28.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า แพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก เวย์ที่ SET ผ่าตัด เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเวย์ที่ SET ผ่าตัดกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวย์เช้า เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มเวย์บ่ายและเวย์ตึกเล็กน้อย คือ ร้อยละ 36.0 และ 31.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เวย์ที่ SET ผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก การใช้ยาปฏิชีวนะ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาปฏิชีวนะกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาปฏิชีวนะ คือ ร้อยละ 100 และ

31.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ระยะเวลาทำการผ่าตัดมากกว่า 30 นาที เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มระยะเวลาทำการผ่าตัดภายใน 30 นาทีเล็กน้อย คือ ร้อยละ 39.4 และ 24.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาของการวินิจฉัย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการวินิจฉัยกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระยะเวลาของการวินิจฉัยมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มภายใน 24 ชั่วโมงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 47.1 และ 31.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาของการวินิจฉัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมากกว่า 24 ชั่วโมง เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มภายใน 24 ชั่วโมง คือ ร้อยละ 57.6 และ 12.7 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดกับการแตกของไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง

ปัจจัยเกี่ยวกับการผ่าตัด	การเกิดไส้ติ่งแตก		χ^2	df	P-value
	แตก (ร้อยละ)	ไม่แตก (ร้อยละ)			
1. โรคร่วม					
- มี	10 (45.5)	12 (54.5)	1.702	1	0.192
- ไม่มี	52 (31.5)	113 (68.5)			
2. แพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัด					
- แพทย์ใช้ทุน	47 (35.1)	87 (64.9)	0.786	1	0.375
- แพทย์ประจำ	15 (28.3)	38 (71.7)			
3. เวรที่ SET ผ่าตัด					
- เวรเช้า	27 (36.0)	48 (64.0)	0.457	1	0.499
- เวรบ่ายและเวรดึก	35 (31.3)	77 (68.8)			
4. การใช้ยาปฏิชีวนะ					
- ใช้	57 (31.3)	125 (68.7)	11.319	1	0.004*
- ไม่ใช้	5 (100.0)	0 (0.0)			(Fishers exact)
5. ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด					
- ภายใน 30 นาที	19 (24.4)	59 (75.6)	4.672	1	0.031*
- มากกว่า 30 นาที	43 (39.4)	66 (60.6)			
6. ระยะเวลาของการวินิจฉัย					
- ภายใน 24 ชั่วโมง	54 (31.8)	116 (68.2)	1.631	1	0.202
- มากกว่า 24 ชั่วโมง	8 (47.1)	9 (52.9)			
7. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย					
- ภายใน 24 ชั่วโมง	13 (12.7)	89 (87.3)	42.178	1	0.000*
- มากกว่า 24 ชั่วโมง	49 (57.6)	36 (42.4)			

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ร้อยละ 33.2 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) การแพทย์ปฐมภูมิ และการแพทย์ฉุกเฉิน เขตสุขภาพที่ 11 ที่กำหนดให้มีการเกิดไส้ติ่งแตก (Rupture Appendicitis) ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ ปวดท้อง RLQ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่ต้องการการรักษาทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในผู้ใหญ่และในผู้ป่วยวัยเด็ก เป็นโรคที่มีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้องค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปก็พบว่าไส้ติ่งไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้วจึงได้รับการรักษาวินิจฉัยที่ถูกต้อง วิธีการรักษาที่ดีที่สุด คือการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกโดยเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีที่มาด้วยอาการปวดท้อง อาจมีการปวดไม่รุนแรง เนื่องจากการตอบสนองต่อการเจ็บปวดลดลง ควรใช้วิธีการอื่นช่วยในการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น เช่น ultrasonography, computerized tomography และในรายที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ควรมีการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด มาก่อนโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของปานัสมี ศรีอรนันต์ (2563) ได้ศึกษาปัจจัย

ที่มีผลต่อภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ามีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ร้อยละ 35.1 และพงศกร อธิกเศวตพทุทธิและยุวเรศมคค์ สิริธิชาญ บัญชา (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ณ ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบสูงถึงร้อยละ 48

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง

2.1 การใช้ยาปฏิชีวนะมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาปฏิชีวนะเกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาปฏิชีวนะคือ ร้อยละ 100 และ 31.3 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนว่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แต่มีสิ่งที่ทำให้สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคนี้ ควรรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินลักษณะทางคลินิกต่อเป็นระยะ ๆ โดยดื่มน้ำและอาหาร และไม่ให้อาบน้ำปฏิชีวนะ เมื่อลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนขึ้นว่าน่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จะได้นำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดรักษาอย่างทันท่วงที แต่ในทางการรักษาในรายผู้ป่วยที่ลักษณะทางคลินิกไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นไส้ติ่งแตกทะเลชัดเจน แพทย์จะนิยมให้อาบน้ำปฏิชีวนะ โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ถ้าผ่าตัดแล้วพบว่าไส้ติ่งไม่แตกทะเล ไม่จำเป็นต้องให้อาบน้ำปฏิชีวนะต่อ หลังผ่าตัด แต่ถ้าพบว่าไส้ติ่งแตกทะเลก็ให้อาบน้ำปฏิชีวนะต่อ และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่แพทย์มีการให้อาบน้ำปฏิชีวนะ ซึ่งจะเป็นแพทย์ใช้ทุน

เป็นส่วนมากถึงร้อยละ 71.1 และไม่มีความชำนาญมากในการทำหัตถการผ่าตัดไส้ติ่ง จึงมีการให้อาบน้ำปฏิชีวนะ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไป จึงส่งผลให้การให้อาบน้ำปฏิชีวนะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก สอดคล้องกับการศึกษาของวสันต์ นันทสันติ (2559) ได้ศึกษาระยะเวลาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในเด็กโรงพยาบาลศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการแตกของไส้ติ่งอักเสบคือ การรับประทานยาปฏิชีวนะมาก่อน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกมนทรธรรณ มุลทอง (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

2.2 ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างที่ระยะเวลาทำการผ่าตัดมากกว่า 30 นาที เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มระยะเวลาทำการผ่าตัดภายใน 30 นาทีเล็กน้อย คือ ร้อยละ 39.4 และ 24.4 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากการผ่าตัดไส้ติ่งในผู้ป่วยปกติ ที่การทำไม่ยุ่งยาก ส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-90 นาที ร้อยละ 56.1 อีกทั้งแพทย์ที่ทำหัตถการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 71.1 เป็นแพทย์ใช้ทุน และยังไม่มีความชำนาญ จึงส่งผลให้ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร ทรงแก้ว (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก

ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลทุ่งสง และกมนทรศน์ มูลทอง(2555) พบว่า ระยะเวลาทำการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

2.3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมากกว่า 24 ชั่วโมงเกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่ากลุ่มภายใน 24 ชั่วโมง คือ ร้อยละ 57.6 และ 12.7 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยภายใน 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไส้ติ่งแตก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เกิดจากการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ล่าช้า หรือไม่ถูกต้อง โดยการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ จะอาศัยประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลัก ประวัติผู้ป่วยมักเริ่มด้วยอาการปวดท้อง จุกแน่น หรือมวนท้องรอบ ๆ สะดือ แต่บางรายอาจปวดสูงหรือต่ำกว่านี้ จากนั้นประมาณ 4-6 ชั่วโมง จะย้ายมาปวดบริเวณท้องน้อยด้านขวา ซึ่งบอกตำแหน่งได้ชัดเจน ปวดเสียดตลอดเวลา และจะปวดมากขึ้นเมื่อไอ จาม ขยับตัว หรือถูกกด ซึ่งบางรายจะให้ประวัติปวดท้องน้อยด้านขวา ตั้งแต่เริ่มมีอาการโดยไม่เคยปวดบริเวณสะดือเลย ส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกมนทรศน์ มูลทอง (2555) พบว่า ระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

และอารยา ฐิติสุรวัดน์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระยะเวลาที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคจนมาถึงโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ในโรงพยาบาลระนอง ร้อยละ 33.2 และตัวแปรการใช้ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบในโรงพยาบาลระนอง ร้อยละ 33.2 ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลหน้าห้องตรวจ ควรให้การเฝ้าระวังกับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง เพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก และควรใช้วิธีการอื่นช่วยในการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น เช่น ultrasonography, computerized tomography และในรายที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ควรมีการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะ เอกซเรย์ปอดมาก่อนโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอ

2. การใช้ยาปฏิชีวนะ มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังนั้นโรงพยาบาลระนอง ควรมีการรณรงค์แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3. ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังนั้นโรงพยาบาลระนอง

ควรจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางในการเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษาให้คำแนะนำ และร่วมทำหัตถการในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาแทรกซ้อน เพื่อลดการเกิดไส้ติ่งแตก

4. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลหน้าห้องตรวจ ควรมีการซักประวัติให้ได้เวลาที่เริ่มปวดที่แท้จริง ควรเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการแตกของไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างใกล้ชิด ในด้านการป้องกันการแตกของไส้ติ่งอักเสบ เพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก และถึงแม้ว่าผู้ป่วย จะมาตรวจพบแพทย์เร็วภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ ก็อาจเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกได้ จึงเป็นข้อสังเกตให้แพทย์เฝ้า ต้องตระหนักและพึงระวัง

5. ครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น เช่น ภาวะไข้สูง อัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วผิดปกติ ตำแหน่งในการปวดท้อง อาการอื่นร่วมกับการปวดท้อง ปริมาณเม็ดเลือดขาวที่มากกว่าปกติ

เอกสารอ้างอิง

กมนทรศน์ มูลทอง. 2555. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย. รายงานการวิจัย. งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย.
ปานัสม์ ศรีอรนันต์. 2563. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ ; 35 (1) : 55-66

พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ และยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา. 2556. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ. ธรรมศาสตร์ เวชสาร ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มีนาคม.

พีรวัฒน์ ลิ้มมหาคุณ. 2559. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งที่อักเสบในโรงพยาบาลพิมาย. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน.

โรงพยาบาลระนอง. 2561. สถานการณ์โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน. รายงานเฉพาะกิจผู้ป่วยศัลยกรรม.โรงพยาบาลระนอง.

วสันต์ นันทสันติ. 2559. ระยะเวลาและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบในเด็กโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2545. การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ : บริษัทเฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด.

อารยา ฐิติสุรวัฒน์. 2561. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.

อุไร ทรงแก้ว. 2561. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม.

Daniel, W.W. 1995. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York : Wiley & Sons.

DeKoning EP. 2011. Acute appendicitis. In : Tintinalli JE, ed. Tintinalli,s Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide. 7thed. New York : McGraw Hill.

ผลของโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ในกลุ่มเกษตรกรนาข้าว อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก : งานวิจัยกึ่งทดลอง
The effects of pesticide application program on safety practices of
pesticide use among rice farmers in Ongkharak District Nakhon Nayok
Province: a quasi - experimental study

ไพสิฐ บุญยะกวี¹, ทรัพย์สตรี แสนทวีสุข²

Paisit Boonyakawee¹, Sapsatree Santaweek²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง, ²มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹Sirindhorn College of Public Health Trang, ²Srinakharinwirot University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวนทั้งสิ้น 100 ราย โดยได้รับการสุ่มเลือกเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 50 ราย โดยใช้โมเดลเชิงเส้นแบบผสม (Linear Mixed Model) เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมทดลองในแต่ละช่วงเวลา ที่ติดตามผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ประสบความสำเร็จในการเพิ่มพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของการสวมใส่ PPE แบบเต็มชุด การล้างมือหลังจากฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช การยืนเหนือลมในขณะที่ฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช และอ่านคู่มือก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในการติดตามผลทั้งใน 1 และ 4 เดือนหลังรับโปรแกรมทดลอง ในส่วนการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาของการติดตามยังพบมีอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง เช่น การตม่น้ำในบริเวณที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเก็บสารกำจัดศัตรูพืชส่วนที่เหลือไว้ในสถานที่เดียวกันกับเครื่องมืออื่น ๆ และสูบบุหรี่ขณะใช้สารกำจัดศัตรูพืช ส่วนโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่สร้างขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเน้นด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

โปรแกรมทดลองนี้ประสบความสำเร็จได้เพราะว่าหลังจากที่พวกเขาได้รับโปรแกรมทดลองนี้ ชาวนากลุ่มตัวอย่างพวกเขาได้มองเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นอันตราย และผิวหนังของพวกเขาได้อย่างไร ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพในการใช้สารเคมีที่ดีขึ้นทั้งในเกษตรกรและผู้ใช้สารเคมี

คำสำคัญ : โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรนาข้าว, ผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Abstract

This quasi-experimental study was conducted among rice farmers in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province, Thailand. There were 100 rice farmers completed the study: 50 farmers in the intervention group and 50 farmers in the control group. Linear mixed model was used to test the intervention effects at each follow-up time.

The results revealed that the pesticide application program on safety practices succeeded in improving safety practices of wearing full PPE, washing hand after pesticide spraying, stand upwind while spraying pesticides, and read a manual before using pesticides at both 1 and 4 months follow-ups. Improper practices are sometimes present in a relatively high proportion e.g. drinking water in the area of spraying pesticides, after using pesticides keeping it with others materials, and smoking while using pesticides.

The pesticide application program, which was modified for influencing behavior and emphasized the safety messages about preventing pesticides exposure. The performance of the program had raised convince of increased protective behaviors in observers that lead to minimize insecticides exposure. The pesticide application program should consider for safety insecticide applicators and farmers.

Keywords : The pesticide application program, Rice farmers, Pesticides used

บทนำ

ภาคการเกษตรกรรมของประเทศไทยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน หากดูสถิติตั้งแต่ปี 2544-2560 พบว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี (55,471 ตันในปี 2544 และ 198,317 ตันในปี 2560) (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2561) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูกของเกษตรกรไทย ดังนั้นการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวนมากและหากมีการใช้ที่ไม่ถูกต้องด้วยแล้ว จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้

ดังข้อมูลที่พบในช่วงปี 2544-2560 โดยเฉลี่ย 2,013 คนต่อปี ที่เจ็บป่วยจากการได้รับสารพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2561) นอกจากนี้จากผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี 2561 พบว่า มีเกษตรกรเสี่ยง 40.99 % (342,737 ราย จากเกษตรกรทั้งหมด 836,118 ราย) (กรมควบคุมโรค, 2561) ความเสี่ยงต่อสุขภาพเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดมาจากการใช้ยาฆ่าแมลงอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (Robson และคณะ, 2553) การใช้สาร

เคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่เหมาะสมอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมีของเกษตรกรที่อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้บริโภคได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการทำนาซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวนาไทยที่ยังคงใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นจำนวนมากในการกำจัดศัตรูพืชของข้าว

ผลจากการศึกษาวิจัยหลายชิ้น พบว่า ชาวนายังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่เหมาะสมปัญหาด้านโรคจากการประกอบอาชีพในหมู่เกษตรกรนาข้าวอาจเป็นผลมาจากการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (Markmee P. และคณะ, 2553; Santaweek S. และคณะ, 2557) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นผลมาจากการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการใช้อุปกรณ์ฉีดพ่นที่ผิดวิธี และการขาดชุดป้องกันที่เหมาะสม (Raksanam B. และคณะ, 2557)

จังหวัดนครนายกตั้งอยู่ในภาคกลางของประเทศไทย โดยมีพื้นที่ที่ได้รับน้ำจากโครงการน้ำต่าง ๆ มากมาย ซึ่งทำให้เป็นพื้นที่ที่สามารถปลูกข้าวได้ตลอดทั้งปี อำเภอองครักษ์เป็นหนึ่งในอำเภอที่มีระบบชลประทานที่มีประสิทธิภาพทำให้สามารถปลูกพืชได้ 3-5 รอบต่อปี ดังนั้นเกษตรกรส่วนใหญ่ที่นี้จึงประกอบอาชีพทำนา (ศุภยวีร์ชัยข้าวพุ่มธานี) ในปี 2560 อำเภอองครักษ์มีพื้นที่ทำการเกษตรมากที่สุดจังหวัด โดยมีพื้นที่นา 33 % และ 84 % ของพื้นที่เพาะปลูกใช้ปลูกข้าว (สำนักงานเกษตรอำเภอองครักษ์, 2561; สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2561) การเป็นเกษตรกรนาข้าว พวกเขามีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบ

ต่อสุขภาพของเกษตรกรนาข้าว พบว่า ชาวนาที่สัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการที่ตาที่เพิ่มขึ้น (Wilaiwan W. และคณะ, 2557) และจากการศึกษาที่คล้ายคลึงกันในจังหวัดนครนายกพบว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวในพื้นที่นี้อาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เนื่องจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางผิวหนังจากการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อย่างไม่เหมาะสม (Lappharat S. และคณะ, 2557) วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

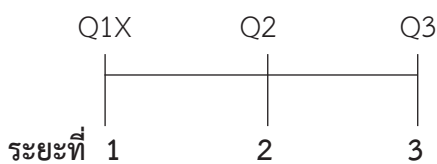
เพื่อประเมินผลโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

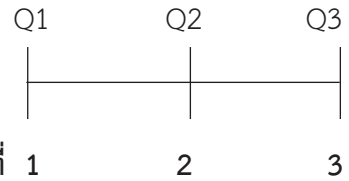
การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างเหมาะสม ทำการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นพื้นที่ทำนาที่ล้อมรอบด้วยคลองชลประทาน และมีระบบชลประทานที่ทำให้สามารถปลูกข้าวได้ตลอดทั้งปี มีพื้นที่นามากที่สุดในจังหวัด และใช้เป็นพื้นที่ปลูกข้าวถึง 84% ของพื้นที่นาทั้งหมด (สำนักงานเกษตร

อำเภอองครักษ์, 2561; สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2561) ชุมชนสองชุมชนที่อยู่ต่างตำบลกัน ได้รับการสุ่มเลือกให้เป็นกลุ่มทดลองและควบคุม พื้นที่ที่ ทำนาทั้งสองชุมชนมีระยะเวลาในการเพาะปลูก ในช่วงเดียวกัน และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่คล้ายคลึงกัน เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เกษตรกร ผู้ปลูกข้าวที่มีส่วนกับทุกกระบวนการปลูกข้าวทั้งหมด และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วย power and sample size calculations (Dupont W., 2533) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ (Santaweek S. และคณะ, 2557) และเพิ่มขึ้น 10 % เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้เกษตรกร ผู้ปลูกข้าว 100 ราย โดยแบ่งกลุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่ม ทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน พื้นที่ทำนา ตั้งอยู่ห่างกันระหว่างสองตำบลด้วยระยะทาง 15 กิโลเมตร ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2561 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2561 ในพื้นที่ศึกษามีระบบการ ชลประทานในชุมชน และมีระยะเวลาปลูกข้าวรอบ เวลาละ 4 เดือน (เพาะปลูกข้าวได้ 3 ครั้งต่อปี) ประเมินผลโปรแกรมทดลองโดยการวัดพฤติกรรม ของเกษตรกรในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยทำการสำรวจด้วยแบบสอบถามสามครั้ง: ครั้งที่ หนึ่งคือข้อมูลพื้นฐาน ครั้งที่สองคือการติดตามผล ครั้งที่หนึ่ง (1 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทดลอง) และครั้งที่สามการติดตามผลครั้งที่สอง (4 เดือนหลัง การโปรแกรมทดลอง)

กลุ่มทดลอง



กลุ่มควบคุม



X หมายถึง โปรแกรมพฤติกรรมความ ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Q1 หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น ระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

Q2 หมายถึง การประเมินการปฏิบัติ ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งแรก (หลังการ ทดลองครั้งที่ 1) ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังจากที่ได้รับโปรแกรม ในเดือนที่ 1

Q3 หมายถึง การประเมินการปฏิบัติ ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชครั้งที่สอง (หลังการ ทดลองครั้งที่ 2) ในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังจากที่ได้รับโปรแกรม ในเดือนที่ 4

โดยใช้แบบสอบถามที่ถูกดัดแปลงมาจาก การศึกษาก่อนหน้านี้ (Santaweek S. และคณะ, 2557; Boonyakawee P. และคณะ, 2556; Santaweek S. และคณะ, 2556) แบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องด้วยการทดสอบ สำหรับความน่าเชื่อถือในเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จำนวน 30 ราย ของตำบลโพธิ์แทน จังหวัดนครนายก โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85 การศึกษานี้มีสมาชิกผู้ช่วยวิจัยในทีมซึ่ง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกจำนวน 6 ท่าน

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะทางสังคมและประชากร-เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (2) ลักษณะการทำงาน-พื้นที่ทำงาน จำนวนปีที่ทำงาน ความถี่ในการกำจัดศัตรูพืช การทำงานต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ชั่วโมงการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละวัน และ (3) การวิเคราะห์พฤติกรรมด้านความปลอดภัยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 12 ข้อ มีระดับคะแนนความถี่ในการปฏิบัติ 4 ระดับ: เสมอ บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Bandura A., 2545; Bandura A., 2547; McAlister AL. และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการสื่อสารความเสี่ยง (Covello V., 2553) ขั้นตอนการเฝ้าระวังสุขภาพจากการศึกษาทบทวน (Santaweesuk S. และคณะ, 2557) โปรแกรมการทดลองมีระยะเวลา 3 เดือนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้และการฝึกปฏิบัติ 2) การสื่อสารความเสี่ยงและ 3) การเฝ้าระวังสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้และการฝึกปฏิบัติจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ซึ่งใช้กระบวนการของการเรียนรู้แบบสังเกตเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ นอกจาก SCT แล้วยังมีการนำเทคนิคในการฝึกอบรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยที่เรียกว่า “Fluorescent Tracer Manual” (PNASH, 2550) โดยใช้สารเรืองแสงเป็นตัวสารติดตามสารเคมีกำจัดศัตรู เมื่อเกษตรกรใช้สารเรืองแสง

ไปฉีดพ่นเกิดการตกค้างตามร่างกายจะสามารถมองเห็นเรืองแสงขึ้นมาเมื่อส่องด้วยไฟฉาย Black light เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการมองเห็นสิ่งที่ตกค้างตามร่างกาย โปรแกรมประกอบด้วย 2 ส่วนคือ หลักสูตรความรู้ (วันที่ 1-2) และหลักสูตรฝึกปฏิบัติ (วันที่ 3-4) รายละเอียดของโปรแกรมมีดังต่อไปนี้

หลักสูตรความรู้

วันที่ 1: เนื้อหาประกอบด้วย การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปัญหาในประเทศไทย ประเภทของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การจำแนกประเภทและอันตรายและผลกระทบจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อาการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วันที่ 2: เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลในฉลาก

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, แนวทางการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย, อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสม, การปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับการแพ้พิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

หลักสูตรฝึกปฏิบัติ

วันที่ 3: การสาธิตการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยสารเรืองแสงที่ใช้แทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในห้องมืด (มองไม่เห็นภายใต้แสงไฟปกติ) เพื่อแสดงให้เห็นภาพด้วยสีจากการติดตามสารเรืองแสงบริเวณที่สารกำจัดศัตรูพืชสัมผัสผิวหนังและเสื้อผ้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มีการสาธิตการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในตัวอย่าง 7 ชนิด ซึ่งเป็นวิธีการที่ค่อนข้างง่าย และไม่ต้องใช้เวลาและอุปกรณ์มากนัก

โดยมีการสาธิตใน - หมวก การถอดหัวฉีดสเปรย์ ผลไม้และผักที่ปนเปื้อน การจับมือกัน การถอดชุด อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) โทรศัพท์มือถือและ บุหรี่ และแนะนำการดูแลสุขภาพเคมีกำจัดศัตรูพืช

วันที่ 4: เป็นการลงฝึกปฏิบัติจริงภาคสนาม เพื่อฝึกผสมและขั้นตอนการทำงานขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้สารเรืองแสง (ใช้สารเรืองแสง 1/2 ซ้อนชา ผสมกับน้ำ 1 1/4 ถ้วย และแอลกอฮอล์ (70% ไอโซโพรพานอล) 1 1/2 ถ้วย ผสมกันให้ได้จำนวน 1 ขวดสเปรย์) กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจว่าการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกิดขึ้นได้อย่างไร ในสถานที่ทำงาน และขั้นตอนที่สามารถทำได้เพื่อลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

องค์ประกอบที่ 2: การสื่อสารความเสี่ยง ใช้กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงโดยแจ้งให้ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวทราบถึงอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบต่อสุขภาพ และวิธีการป้องกันตนเอง โดยจัดเตรียมรายการที่จะออกอากาศในช่วงเช้าตรู่และช่วงบ่าย มีการถ่ายทอดเสียง 14 รายการ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน มีความยาว 3-6 นาทีสำหรับการออกอากาศเสียงแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังจัดเตรียมคู่มือความปลอดภัย 3 เล่มที่อธิบายรายละเอียดอย่างชัดเจนสำหรับผู้เข้าร่วม ประกอบด้วยเนื้อหาของการสื่อสารด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมเสี่ยงของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว การเลือกและซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้เครื่องพ่นสารเคมี การบำรุงรักษา การขนส่ง การเก็บรักษา การทำลายภาชนะบรรจุ และการปฐมพยาบาลสำหรับการแพ้พิษ จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

องค์ประกอบที่ 3 การเฝ้าระวังสุขภาพ เกษตรกรผู้ปลูกข้าวต้องรายงานเหตุการณ์ หรือความเจ็บป่วยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทันที จากนั้น อสม. จะแจ้งทุกกรณีให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ และปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้: 1) ไปพบแพทย์ 2) กรอกแบบฟอร์มการรักษาพยาบาล 3) เมื่อเกิดเหตุการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทีมน่าต้องมีการสอบสวน เพื่อระบุสาเหตุที่นำไปสู่เหตุการณ์หรือความเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพนำผลการสอบสวนไปใช้เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม ความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายและลดความเสี่ยง 4) แจ้งให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวทราบถึงสาเหตุที่เกิดเหตุการณ์และการเจ็บป่วย สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขการปฏิบัติในที่ทำงานและ 5) ความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง วิธีนี้อาจช่วยให้ชาวบ้านปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (แพ็คเกจสถิติสำหรับสังคมศาสตร์) สำหรับ Microsoft Windows version 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) สถิติเชิงพรรณนา ถูกใช้เพื่ออธิบายค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สถิติ Independent t-test ใช้สำหรับ

ตัวแปรข้อมูลต่อเนื่อง และการทดสอบไคสแควร์ chi-square ใช้สำหรับตัวแปรข้อมูลกลุ่ม เพื่อทำการทดสอบความแตกต่างในข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยใช้ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สถิติเชิงอนุमान ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ General linear model repeated-measures analysis of variance (ANOVA) ถูกใช้เพื่อสร้างตัวเลขตามกลุ่มและเวลาติดตามผล 1 และ 4 เดือนหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทดลองเพื่อ และโมเดลเชิงเส้นแบบผสม (Linear Mixed Model) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องเพื่อทดสอบผลการทดลองในแต่ละช่วงเวลาติดตามผลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงข้อมูลพื้นฐานและติดตามผลหลังรับโปรแกรมครั้งที่ 1 ในช่วงข้อมูลพื้นฐานและติดตามผลหลังรับโปรแกรมครั้งที่ 2 ค่านัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดไว้ที่ $p < 0.05$ ขนาดผลของโปรแกรมเท่ากับ (follow-up mean – baseline mean)_{intervention} – (follow-up mean – baseline mean)_{control}

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนโดยเสนอโครงการผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC 066/60 E และการดำเนินการเพื่อให้มีคำยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการตอบ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผยจะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษาวิจัย (Chi-square test)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n=50)		p-value
	n	%	n	%	
เพศชาย	29	58.0	27	54.0	0.336
สมรส	41	82.0	44	88.0	0.461
จบประถมศึกษา	26	52.0	22	44.0	0.274
ปัจจุบันสูบบุหรี่	14	28.0	16	32.0	0.664

Chi-square test

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษาวิจัย (Independent T-test)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มควบคุม (n=50)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ (ปี)	54.76	10.94	52.41	12.43	0.246
รายได้ต่อเดือน (บาท)	13,276.41	11.52	13,639.05	13.25	0.273
ขนาดที่นา (ไร่)	37.27	15.49	34.17	16.63	0.572
ระยะเวลาทำนา (ปี)	26.73	11.21	27.42	10.17	0.759
เวลาทำนา/วัน (ชั่วโมง)	7.14	10.18	7.32	11.63	0.891
ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช/เดือน (ครั้ง)	4.24	3.67	4.63	4.72	0.693
ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช/วัน (ชั่วโมง)	3.01	1.26	2.94	1.45	0.195

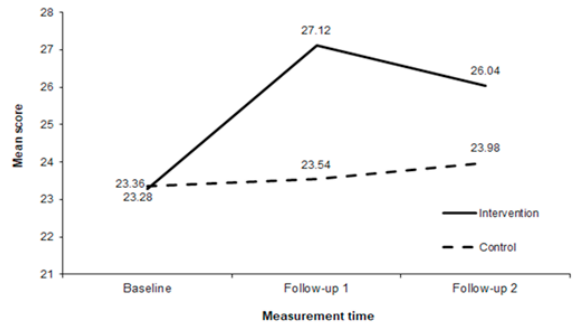
Independent T-test

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในกลุ่มทดลองจำนวน 50 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน ด้วยแบบสอบถามที่มีโครงสร้างเมื่อนำข้อมูลตัวแปรต้นที่ได้ของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน ลักษณะทางเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ขนาดพื้นที่นา ปีที่ทำงานในการทำนา ความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานต่อวัน และการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชชั่วโมงต่อวัน ของผู้เข้าร่วมในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

General Linear Model repeated-measures ANOVA ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาข้าว พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลอง (23.28 คะแนน) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (23.36 คะแนน) ที่ข้อมูลพื้นฐาน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการรับโปรแกรมทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเป็น 27.12 คะแนน และ 26.04 คะแนนในการติดตามผลครั้งที่ 1 (1 เดือนหลังรับโปรแกรม) และการติดตามผลครั้งที่ 2 (4 เดือนหลังรับโปรแกรม) ตามลำดับหลังสิ้นสุดการทดลองในกลุ่มการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 23.54 คะแนน และ 23.98 ในการติดตามครั้งที่ 1 (1 เดือนหลังรับโปรแกรม) และการติดตามผลครั้งที่ 2 (4 เดือนหลัง

รับโปรแกรม) ตามลำดับ ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ก่อนรับโปรแกรม การติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่ 2



โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมุ่งเน้นไปที่แนวทางพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โปรแกรมทดลองประสบความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยของการสวมใส่ PPE เต็มรูปแบบเฉลี่ยทั้ง 2 ครั้ง (37.2 %) ล้างมือหลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยทั้ง 2 ครั้ง (31.8 %) ยืนเหนือลมในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยทั้ง 2 ครั้ง (25.3%) และอ่านคู่มือก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ยทั้ง 2 ครั้ง (24.7 %) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับค่าพื้นฐานในการติดตามผลครั้งที่ 1 หลังรับโปรแกรมทดลอง 1 เดือน พบว่าคะแนนการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญคือ การปฏิบัติด้านความปลอดภัยในหัวข้อการเก็บสารกำจัดศัตรูพืชให้ห่างจากอาหารและเครื่องดื่ม (27.5%) และการหยุดงานและแก้ไขได้ทันทีเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (28.7%) แต่มีการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยของคะแนนของ 2 หัวข้อ

ดังกล่าวในการติดตามผลครั้งที่ 2 หลังรับโปรแกรมทดลอง 4 เดือน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลโดยรวมของโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อคะแนนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ก่อนรับโปรแกรม การติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่ 2

พฤติกรรมความปลอดภัย	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง	ผลของโปรแกรมทดลอง ^a		สัดส่วนขนาดผลสมบูรณ์ (% คะแนนเฉลี่ยก่อนรับโปรแกรม)		ขนาดผลเฉลี่ย
		ติดตามครั้งที่ 1	ติดตามครั้งที่ 2	ติดตามครั้งที่ 1	ติดตามครั้งที่ 2	
สวม PPE เต็มรูปแบบเมื่อฉีดพ่นสารเคมี	1.76	0.86	0.45	48.9	25.6	37.2 ^b
ล้างมือหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.23	0.75	0.67	33.6	30.0	31.8 ^b
ยืนอยู่ในทิศเหนือลมขณะฉีดพ่นสารเคมี	1.74	0.46	0.42	26.4	24.1	25.3 ^b
อ่านคู่มือ/เอกสารเกี่ยวกับการใช้สารเคมี	2.17	0.66	0.41	30.4	18.9	24.7 ^b
เก็บรักษาสารเคมีไว้ห่างจากอาหารและเครื่องดื่ม	2.11	0.58	0.26	27.5	12.3	19.9
หยุดงานและแก้ไขได้ทันทีเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติจากการใช้สารเคมี	2.23	0.64	0.21	28.7	9.4	19.1
ทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้สารเคมีหลังจากการใช้งาน	2.38	0.42	0.41	17.6	17.2	17.4

พฤติกรรมความปลอดภัย	คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง	ผลของโปรแกรมทดลอง ^a		สัดส่วนขนาดผลสมบูรณ์ (% คะแนนเฉลี่ยก่อนรับโปรแกรม)		ขนาดผลเฉลี่ย
		ติดตามครั้งที่ 1	ติดตามครั้งที่ 2	ติดตามครั้งที่ 1	ติดตามครั้งที่ 2	
เก็บสารเคมีส่วนที่เหลือไว้ในสถานที่เดียวกันกับเครื่องมืออื่น ๆ	2.16	0.16	0.14	7.4	6.5	6.9
ฉีดพ่นสารเคมีในสภาพอากาศลมพัดแรง	1.42	0.12	0.08	8.5	5.6	7.0
ดื่มเครื่องดื่มและกินอาหารเมื่อใช้สารเคมี	1.29	0.12	0.07	9.3	5.4	7.4
สูบบุหรี่ขณะใช้สารเคมี	1.67	0.15	0.13	9.0	7.8	8.4
ทำนใส่รองเท้ากางเกงขาสั้นหรือใส่ชุดที่เคยใส่เมื่ออยู่ที่บ้าน เมื่อใช้สารเคมี	2.16	0.16	0.27	7.4	12.5	10.0

^a Linear mixed models with time and time interaction ^b มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

โปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างเหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมพฤติกรรมความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการใช้ PPE การล้างมือหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ยืนเหนือลมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และอ่านคู่มือก่อนใช้สารเคมี

กำจัดศัตรูพืชในการติดตามผลทั้ง 1 และ 4 เดือน หลังการรับโปรแกรมทดลอง ผลการทดลองนี้อาจได้มาจากเนื้อหาในโปรแกรมซึ่งสอนเกี่ยวกับการใช้ PPE และการล้างมือ นอกจากนี้โปรแกรมทดลองยังแสดงภาพให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงของการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยใช้สารเรืองแสง แทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อแสดงให้เห็นบริเวณที่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสัมผัสกับผิวหนังและเสื้อผ้า เป็นผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัย ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น

การค้นพบในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คมี (Markmee P., 2556) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดอาการแพ้พิษจากยาฆ่าแมลงของชาวนาในจังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการทดลองช่วยปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันและลดความชุกของอาการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่นเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของทรียีสตรี แชนทวิสุขและคณะ (Santaweek S. และคณะ, 2557) ที่ทำการศึกษาการป้องกันการบาดเจ็บและเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของชาวนาในประเทศไทย ผ่านการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสอบความปลอดภัย การสื่อสารด้านความปลอดภัย และการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกข้าวได้เปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยบางอย่าง (เช่น ไม่ฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชในสภาวะที่มีลมแรง สวมถุงมือขณะผสมยาฆ่าแมลง เป็นต้น) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเพื่อลดการสัมผัสสารเคมี

กำจัดศัตรูพืชในข้าวชาวนาไทยโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งพบว่าโปรแกรมทดลองส่งเสริมความปลอดภัยและพฤติกรรมป้องกัน (Hanklang S., และคณะ)

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบางแง่มุมของกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่การติดตามหลังรับโปรแกรมทดลอง 1 เดือน แต่ไม่มีความแตกต่างในการติดตามผลหลังรับโปรแกรมทดลอง 4 เดือน จากการสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวคือ 1) เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ห่างจากอาหารและเครื่องมือ และ 2) เมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชาวนาหยุดการทำงานและแก้ไขทันที เป็นไปได้ว่าหลังจาก 1 เดือนชาวนายังคงจำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมทดลองและยังคงมีการปฏิบัติที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามหลังจากนั้นไม่มีการกระตุ้นใด ๆ อีก ซึ่งอาจทำให้พวกเขาเผลอซุ่มซ่ามที่ควรปฏิบัติไป ตัวอย่างเช่น อย่าฉีดพ่นยาฆ่าแมลงในช่วงที่มีลมแรง อย่างไรก็ตามชาวนาไม่ได้หยุดการฉีดพ่นอาจเพราะจำเป็นต้องการทำงานให้เสร็จทันเวลา

นอกจากนี้พฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในบางครั้งก็ยังคงมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงอยู่ เช่น ตีมน้ำในบริเวณที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังจากผสมและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้ว เก็บสารเคมีส่วนที่เหลือไว้ในสถานที่เดียวกันกับเครื่องมืออื่น ๆ และสูบบุหรี่ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในส่วนของการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ควรมีการปรับปรุงเนื่องจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สินในรูปแบบต่าง ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอว่า

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษามากขึ้น เพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ทราบปัญหาของชาวนาและหาทางออกร่วมกันเพื่อลดหรือมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนสูงสุด

เราสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมทดลองนี้ประสบความสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล PPE อาจเป็นไปได้ว่าหลังจากที่พวกเขาได้รับโปรแกรมของเรา ชาวนากลุ่มตัวอย่างพวกเขาได้มองเห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชปนเปื้อนเสื้อผ้า และผิวหนังของพวกเขาได้อย่างไร ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล PPE สมมติฐานหลักของเราคือเครื่องมือในการศึกษานี้ได้ปรับสร้างขึ้นเพื่อให้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและเน้นย้ำถึงด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชด้วยการสร้างภาพที่ชัดเจนของการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเพิ่มสำคัญของสิ่งที่ต้องทำในระหว่างการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดการปนเปื้อนเพิ่มเติม ดังนั้นในกรณีของการดำเนินการโปรแกรมทดลอง ผู้วิจัยควรคำนึงถึงความต่อเนื่องของการดำเนินการโดยสนับสนุนให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโลกและแก้ไขปัญหาในรูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการสังเกตพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของชาวนาโดยตรง เมื่อพวกเขาทำงานในนาข้าว ข้อมูลที่ได้ถูกรวบรวมผ่านแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ดังนั้นในการประเมินพฤติกรรมด้าน

ความปลอดภัยของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาจไม่ได้แสดงถึงการปฏิบัติที่แท้จริง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสังเกตการปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อมีการปลูกข้าวในการศึกษาครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มชาวนาในอำเภอองครักษ์ ที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และคณะพลศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จับตาโรคและภัยสุขภาพ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร. 2561; 5 (11): 1-4.
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2561, สืบค้นจาก http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation2/2561/2561_01_envocc_situation.pdf.
- ข้อมูลเศรษฐกิจการเกษตร, กรมวิชาการเกษตร, สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบทรายทางการเกษตรสู่ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2561, [ฐานข้อมูลบน

- อินเทอร์เน็ต]. 2561. สืบค้นจาก: <http://www.oae.go.th/view/1/ปัจจัยการผลิต/TH-TH>. เข้าถึง 12 มิถุนายน 2562.
- สำนักงานเกษตรอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. ข้อมูลพื้นฐานทางการเกษตร. สืบค้นจาก <http://ongkharak.nakhonnayok.doae.go.th/>. เข้าถึง 5 มิถุนายน 2561.
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ข้าวนาปี: เนื้อที่เพาะปลูก เนื้อที่เก็บเกี่ยว ผลผลิต ผลผลิตต่อไร่ รายอำเภอ ปีเพาะปลูก 2561/2562. สืบค้นจาก <http://www.oae.go.th/assets/portals/1/fileups/prcaidata/files/major%20rice%2061%20dit.pdf>. เข้าถึง 20 กรกฎาคม 2562
- ศูนย์วิจัยข้าวปทุมธานี, กองวิจัยและพัฒนาข้าว. องค์ความรู้เรื่องข้าว. สืบค้นจาก <http://ptt-rrc.ricethailand.go.th/>. 7 มกราคม 2562.
- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behavior*. 2004; 31 (2): 143-164.
- Bandura A. Social cognitive theory of mass communications. In: Bryant J, Zillman D editors. *Media Effects: Advances in Theory and Research*. Hillsdale. NJ: Erlbaum; 2002.
- Boonyakawee P, Taneepanichskul S, Chapman RS. Effects of an intervention to reduce insecticide exposure on insecticide-related knowledge and attitude: a quasi-experimental study in Shogun orange farmers in Krabi Province, Thailand. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2013; 20(6): 33–41.
- Covello V. Risk Communication. In: Frumkin H, editor. *Environmental Health: From Global to Local*. Second Edition. United States of America: Jossey-Bass: A Wiley; 2010: 1100-1139.
- Dupont W, Plummer W. Power and Sample Size Calculations: A Review and Computer Program. *Controlled Clinical Trials*. 1990; 11 (2):116-28.
- Hanklang S, Kaewboonchoo O, Suwan-Ampai P, Morioka I. Effectiveness of an Intervention to Reduce Pesticide Exposure among Rice Farmers in Nakhon Ratchasima Province: Applying Social Learning Theory. *Journal of Public Health Nursing*. 2017 (May - August); 31(2): 58-64.
- Lappharat S, Siriwong W, Taneepanichskul N, Borjan M, Maldonado Perez H, Robson M. Health risk assessment related to dermal exposure of chlorpyrifos: a case study of rice growing farmers in Nakhon Nayok Province, Central Thailand. *J Agromedicine*. 2014;19 (3): 294-302.
- McAlister AL, Perry CL, Parcel GS. Models of interpersonal health behavior. How

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563
Factor associated with life quality of personnel in the Tambon Health
Promoting Hospital, Phatthalung 2020

สุชาติ ฉิมรักษ์

Suchat Chimrak

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Sribanpot Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) ดำเนินการวิจัยแบบผสม(Mixed Methods) อันประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ในปี 2563 ตั้งแต่มิถุนายน 2563 ถึง สิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 237 คน และสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง จากตัวแทนแต่ละตำแหน่ง ตำแหน่งละ 3 คน รวม 21 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.98 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยบริหาร มีความสัมพันธ์ กับระดับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 ($r = 0.337$, $p\text{-value} < 0.001$) และกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์ กับบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.308$, $p\text{-value} < 0.001$) และผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ เรื่องข้อเสนอแนะ จาก 7 กลุ่มตำแหน่งดังนี้ ควรมีการเพิ่ม บุคลากร ลดการบันทึก รายงานในระบบต่าง ๆ จัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลาย / ความสัมพันธ์ในองค์กรอยู่เสมอ และอบรมฟื้นฟูพัฒนา ศักยภาพของสหวิชาชีพ เพื่อให้มีความรู้ ที่ทันสมัย

คำสำคัญ : ได้แก่ คุณภาพชีวิต, บุคลากรสาธารณสุข, การปฏิบัติงาน

Abstract

Factor associated with life quality of personnel in the Tambon Health Promoting Hospital, Phatthalung 2020 is descriptive research study conducted with mixed methods which are quantitative research and qualitative research, which aimed to study factors associated with quality of life among the personnel at Tambon Public Health Promoting Hospital in Phatthalung province in 2020. The research conducted during June 2563 to August 2563 from the sample of 237 people. The researcher collected data from a sample, using questionnaires then picked 21 people from the sample which are 3 people from each working position for qualitative research. The examination of content validity has been done by 3 experts. Reliability was calculated by Cronbach's alpha coefficient method with the outcome of 0.98 then the data was analyzed by Pearson correlation coefficient computer program.

The correlation analysis showed that administrative factors was associated with quality of life among the personnel at Tambon Public Health Promoting Hospital in Phatthalung province in 2020 ($r = 0.337, p\text{-value} < 0.001$), and administrative process was significantly associated with quality of life among the personnel ($r = 0.308, p\text{-value} < 0.001$). In addition, the qualitative analysis revealed the recommendations from the 7 working positions are increasing the number of personnel, reducing the reports, conducting the relaxing and cooperating activities and multidisciplinary recurrent development training for the up to date information.

Keywords : Quality of life, Public Health Personnel, Performance.

บทนำ

คุณภาพชีวิตของคนในองค์กรหรือคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุขจากสภาพที่ตนเองได้รับขณะปฏิบัติงาน (ผจญ เฉลิมสาร, 2554) เป็นแนวคิดในการจัดการที่คำนึงถึงเรื่องบุคคลที่ทำงานเป็นสำคัญ เป็นการประสานเป้าหมาย ของบุคคล และเป้าหมายของงาน (Davis and Trist, 1974 อ้างใน Smith, 1981) จากแนวคิดของวอลตัน (Walton, 1974)

คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคล โดยพิจารณาคุณลักษณะแนวทางความเป็นบุคคล สภาพตัวบุคคลหรือสังคม เรื่องสังคมขององค์กรที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ เกณฑ์ชีวิตหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของวอลตัน (Walton, 1974) นี้ ล้วนเป็นองค์ประกอบที่ตอบสนอง ต่อความต้องการพื้นฐานของ

คนทำงาน (Arnold & Feldman, 1986) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเวอร์เทอร์และเดวิส (Werther and Davis, 1982) กล่าวไว้ว่ามีอยู่ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านบริหาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การที่องค์กรมีบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เท่ากับเป็นการสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพของงาน และทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข (Holly & Jennings, 1983) โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่มีบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง มีใช้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, 2545) กูลิค และเออร์วิคค์ (1937) ได้รวบรวมแนวคิดทางด้านการบริหารต่าง ๆ เอาไว้ โดยเสนอแนวคิดกระบวนการบริหาร ซึ่งเป็น ที่รู้จักกันดีชื่อว่า “POSDCoRB” ภาระหน้าที่ที่สำคัญของ นักบริหาร 7 ประการ คือ Planning การวางแผน Organizing การจัดองค์กร Staffing การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน Directing การอำนวยการ Coordinatingการประสานงาน Reporting การรายงาน และ Budgeting การงบประมาณ โดยกระบวนการ “POSDCoRB” ใช้บริหารงานให้มีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการ แบ่งงานกันทำตามหน้าที่ ตามความถนัด โดยแบ่งงานให้เป็นตามกระบวนการ วัตถุประสงค์ และหน่วยงานที่จะต้องจัดองค์กร โดยรูปแบบจะเป็นรูปสามเหลี่ยมปิรามิด มีสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน โดยมีกรอบงบประมาณเป็นตัวควบคุม

การที่บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ก่อให้เกิดประโยชน์ 3 ด้าน แก่องค์การได้แก่ ผลโดยตรง ในการเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน สร้างความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ลดอัตราการเปลี่ยนงาน ทำให้ได้ผลผลิตสูงขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร เช่น ผลกำไร การบรรลุเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในการทำงานจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญประการหนึ่ง (Greenberg and Baron, 1995) ที่องค์กรควรให้ความสำคัญ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสำเร็จขององค์กร แต่ขณะเดียวกัน แม้ว่าองค์กร จะให้ความสำคัญในด้านคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร หรือมีนโยบายที่ดีในการดูแลคุณภาพชีวิตการทำงานก็ตาม แต่ทุกองค์การย่อมต้องพบปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน เนื่องจากคุณภาพชีวิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจากลักษณะขององค์กรและความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลง ของคนทำงานในองค์กร (Davis, 1981) โดยปัญหาที่พบในองค์กรเช่น พนักงานขาดขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดความตึงเครียด ในระหว่างการทำงาน ขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งกับองค์กร ขาดความจงรักภักดีต่อองค์กร ทำให้เกิดปัญหาการขาดงาน การขอยกย้ายหน่วยงาน จนถึงปัญหาการลาออก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพการทำงาน of พนักงาน โดยองค์กรควรเล็งเห็นถึงความสำคัญและมองว่า งานจะมีคุณภาพนั้น ต้องเกิดจากคนทำงานที่มีคุณภาพ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ จังหวัด พัทลุง ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาเห็นว่าควรศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคลากร สาธารณสุข ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางให้ผู้บริหารองค์กร ได้นำไปพัฒนาหรือเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่ ได้ตรงกับเป้าหมาย ซึ่งเมื่อบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ก็จะส่งผลต่อ คุณภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของประชาชนโดยรวม ต่อไป

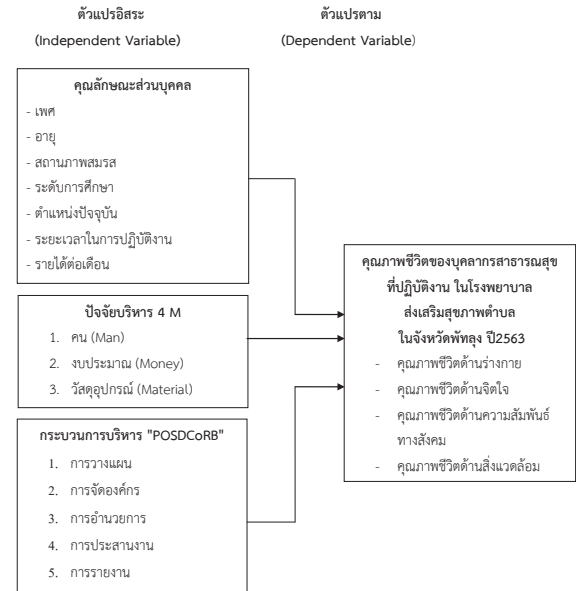
วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากร สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด พัทลุง ปี 2563
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด พัทลุง ปี 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Design) ชนิดการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional) เพื่อ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Study) โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 กลุ่มประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 จำนวน 615 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic

Random Sampling) เพื่อเลือก เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล สัดส่วนกับขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ของแต่ละตำแหน่ง เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 237 คน และสุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวนกลุ่มตำแหน่งละ 3 คน จำนวน 7 ตำแหน่ง ดังนี้ 1. เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 3. แพทย์แผนไทย 4. นักวิชาการสาธารณสุข 5. พยาบาลวิชาชีพ 6. พนักงานบริการ 7. พนักงานธุรการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการบริหาร ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงของข้อคำถาม โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองกลุ่มที่มีใช้เป้าหมายกับบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน พบว่าข้อคำถามมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และรายงานผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด 2) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง PPHOREC No.020 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 56 คน (ร้อยละ 23.63) เพศหญิง จำนวน 181 คน (ร้อยละ 76.37) เมื่อพิจารณาช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-50 ปี จำนวน 141 คน (ร้อยละ 59.49) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.14 ปี (S.D.= 9.56) อายุสูงสุด 60 ปี และอายุต่ำสุด 22 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน จำนวน 168 คน (ร้อยละ 70.89) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี จำนวน 190 คน (ร้อยละ 80.17) ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 66 คน (ร้อยละ 27.85) รองลงมาเป็น นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 63 คน (ร้อยละ 26.58) และตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 59 คน (ร้อยละ 24.89) ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 108 คน (ร้อยละ 45.57)

เมื่อพิจารณาระยะเวลาการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน เท่ากับ 18.67 ปี (S.D.= 10.33) ระยะเวลาการปฏิบัติงานสูงสุด 40 ปี และต่ำสุด 1 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน จำนวน 94 คน (ร้อยละ 39.66) โดยกลุ่มตัวอย่างรายได้สูงสุด 56,500 บาท และต่ำสุด 5,500 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้เท่ากับ 29,330.08 บาท (S.D.= 14,374.11)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยบริหารของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 (n=237)

ปัจจัยบริหาร	ระดับปัจจัยบริหาร						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้าน	71	29.96	90	37.97	76	32.07	1.98	0.79
บุคลากร								
ด้านงบประมาณ	191	80.59	45	18.99	1	0.42	2.80	0.41
ด้านวัสดุอุปกรณ์	188	79.33	47	19.83	2	0.84	2.78	0.43
ภาพรวม								
ของปัจจัยบริหาร	137	57.81	99	41.77	1	0.42	2.57	0.50

จากตารางที่ 1 ระดับปัจจัยบริหารของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 จำนวน 237 คน พบว่า ระดับปัจจัยบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 137คน (ร้อยละ 57.81) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.57 ($\bar{X} = 2.57, S.D.= 0.50$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบุคลากร พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 37.97) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.98 ($\bar{X} = 1.98, S.D.= 0.79$) ด้านงบประมาณ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับสูง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 80.59) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.80 ($\bar{X} = 2.80, S.D.= 0.41$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 188 คน (ร้อยละ 79.33) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.78 ($\bar{X} = 2.78, S.D.= 0.43$)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการบริหารของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 (n=237)

ปัจจัยกระบวนการบริหาร	ระดับกระบวนการบริหาร						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการวางแผน	130	54.85	65	27.43	42	17.72	2.37	0.77
ด้านการจัดองค์กร	191	80.59	45	18.99	1	0.42	2.80	0.41
ด้านการดำเนินการ	183	77.22	50	21.09	4	1.69	2.76	0.47
ด้านการประสานงาน	190	80.17	44	18.56	3	1.27	2.79	0.44
ด้านการรายงาน	141	59.49	34	14.35	62	26.16	2.33	0.87
ภาพรวมกระบวนการบริหาร	151	63.71	82	34.60	4	1.68	2.62	0.52

จากตารางที่ 2 ระดับกระบวนการบริหารของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 จำนวน 237 คน พบว่า กระบวนการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 151 คน (ร้อยละ 63.71) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ($\bar{X} = 2.62, S.D.= 0.52$) เมื่อพิจารณากระบวนการบริหารรายด้าน พบว่า ด้านการวางแผน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 130 คน (ร้อยละ 54.85) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.37 ($\bar{X} = 2.37, S.D.= 0.77$) ด้านการจัดองค์กร พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 80.59) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.80 ($\bar{X} = 2.80, S.D.= 0.41$) ด้านอำนาจการ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน

183 คน (ร้อยละ 77.22) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 ($\bar{X} = 2.76$, S.D.= 0.47) ด้านการประสานงาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 190 คน (ร้อยละ 80.17) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.79 ($\bar{X} = 2.79$, S.D.= 0.44) ด้านการรายงาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 141 คน (ร้อยละ 59.49) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.33 ($\bar{X} = 2.33$, S.D.= 0.87)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 (n=237)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านร่างกาย	126	53.16	111	46.84	-	-	2.53	0.50
ด้านจิตใจ	175	73.84	62	26.16	-	-	2.74	0.44
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	197	83.12	40	16.88	-	-	2.83	0.38
ด้านสิ่งแวดล้อม	154	64.98	82	34.60	1	0.42	2.65	0.49
ภาพรวม								
ด้านคุณภาพชีวิต	151	63.71	82	34.60	4	1.69	2.62	0.52

จากตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 จำนวน 237 คน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิต ภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 151 คน (ร้อยละ 63.71) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.62 ($\bar{X} = 2.62$, S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 126 คน (ร้อยละ 53.16) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.53 ($\bar{X} = 2.53$, S.D.= 0.50) ด้านจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 175 คน (ร้อยละ 73.84) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.74 ($\bar{X} = 2.748$, S.D.= 0.44) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับ

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 197 คน (ร้อยละ 83.12) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.83 ($\bar{X} = 2.83$, S.D.= 0.38) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 154 คน (ร้อยละ 64.98) ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.65 ($\bar{X} = 2.65$, S.D.= 0.52)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ปัจจัยบริหาร กระบวนการบริหาร และระดับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563

ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหาร	ระดับคุณภาพชีวิต		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยบริหาร	0.337	<0.001**	มีความสัมพันธ์
กำลังคน	0.092	0.157	ไม่มีความสัมพันธ์
งบประมาณ	0.374	<0.001**	มีความสัมพันธ์
วัสดุอุปกรณ์	0.305	<0.001**	มีความสัมพันธ์
กระบวนการบริหาร	0.308	<0.001**	มีความสัมพันธ์
ด้านการวางแผน	0.198	0.002*	มีความสัมพันธ์
ด้านการจัดองค์กร	0.309	<0.001**	มีความสัมพันธ์
ด้านการอำนวยความสะดวก	0.405	<0.001**	มีความสัมพันธ์
ด้านการประสานงาน	0.388	<0.001**	มีความสัมพันธ์
ด้านการรายงาน	0.102	0.117	ไม่มีความสัมพันธ์

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

**ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

จากตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบริหาร กระบวนการบริหาร และระดับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติกับ 0.05 พบว่า ปัจจัยบริหาร มีความสัมพันธ์ กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 ($r = 0.337$, p-value <0.001) และกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ กับระดับ

คุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง
ปี 2563 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.308$,
 $p\text{-value} < 0.001$)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ เรื่องข้อเสนอแนะจาก
7 กลุ่มตำแหน่ง แต่ละกลุ่มให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. เจ้าพนักงานสาธารณสุข ควรเพิ่มค่า
ตอบแทน การปฏิบัติงานตามปริมาณงาน และควร
ให้มี การปรับตำแหน่งเลื่อนไหลเข้าสู่แห่งวิชาการ
และควรมีการจัดอบรมความรู้ในงานวิชาการเพื่อ
พัฒนาศักยภาพด้านการจัดทำวิจัย

2. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ควรมี
การบรรจุลูกจ้างและพนักงานกระทรวงสาธารณสุข
เป็นข้าราชการเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งควรจัดสรร
บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขรวมทั้งมีห้องและอุปกรณ์
ที่พอเพียง

3. แพทย์แผนไทย ควรมีการบรรจุลูกจ้าง
และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้าราชการ
เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานและโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งควรจัดสรรบุคลากร
ด้านแพทย์แผนไทยที่เพียงพอ

4. นักวิชาการสาธารณสุข ควรมีการเพิ่ม
อัตรากำลังคนในสายสนับสนุนเช่น เจ้าหน้าที่การเงิน
และเจ้าหน้าที่พัสดุ ควรปรับลดการบันทึกรายงาน
ในระบบต่าง ๆ ให้น้อยลง จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ
ภายในคปสอ.และภาคีเครือข่าย จัดอบรมเรื่องระเบียบ
ที่เกี่ยวข้องและควรมีการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ตาม
แผนงานและตัวชี้วัดที่ชัดเจน

5. พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการจัดอบรม
ฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ อยู่เป็นประจำ

6. พนักงานบริการ ควรมีการเพิ่มฐาน
เงินเดือน

7. พนักงานธุรการ ควรมีการบรรจุลูกจ้าง
และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นสายสนับสนุน
เป็นข้าราชการเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ปัจจัย
ด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์ กับ ระดับคุณภาพ
ชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง
ปี 2563 ($r = 0.337$, $p\text{-value} < 0.001$) จากการ
วิจัยสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ปัจจัยด้านการบริหาร
ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านงบ
ประมาณและปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งปัจจัยทั้งสาม
ด้านต้องมีความเกี่ยวเนื่องกัน ภาพรวมของปัจจัย
การบริหารอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.39) ซึ่งสอดคล้อง
กับงานวิจัยของณิกานต์ กัญเจียก (2558) ศึกษา
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการ
ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน
เครือกรุงเทพดุสิตเวชการ ภาคตะวันออก พบว่า
1. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลเอกชนเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ
ภาคตะวันออกโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ
ปานกลาง ส่วนวัฒนธรรมองค์กรลักษณะสร้างสรรค์
และความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลทั้ง
รายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับสูง 2. คุณภาพชีวิต
การทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์
ทางบวกในระดับสูงกับวัฒนธรรมองค์กรลักษณะ

สร้างสรรค์ ($r = 75, p.01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาล ($r = 47, p.01$) การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์และความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์และความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้ดีขึ้นผลการจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ ปัจจัยด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์ กับ ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพัทลุง ปี 2563

และพบว่ากระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพัทลุง ปี 2563 ($r = 0.308, p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่าการที่ หน่วยงานมีการวางแผน การประสานงาน และการรายงาน ที่ชัดเจน มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนทุกกิจกรรมทำให้มีการใช้ทรัพยากรบริหาร จะทำให้สามารถใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งตรงกับหลักการวางแผนของ Henri Fayol (1964) ที่ระบุว่า การวางแผนหรือวางโครงการอย่างกว้าง ๆ ว่ามีงานอะไรบ้างที่จะต้องปฏิบัติตามลำดับ พร้อมด้วยวางแผนวิธีปฏิบัติ ระบุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานนั้น ๆ ก่อนลงมือปฏิบัติการ และสอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการในการวางแผน ของสุรัสวดีราชสกุลชัย (2547) ที่ว่าการวางแผน คือ การหา

ทางเลือกที่ดีที่สุดในการปฏิบัติงาน โดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ และมีเหตุผลเพื่อให้การดำเนินงานในอนาคตเป็นไปโดยเรียบร้อยและประสิทธิภาพที่สุด เป็นกระบวนการเกี่ยวกับการคิดและการตัดสินใจที่ละเอียดอ่อน และต้องกระทำให้เสร็จสิ้น ก่อนจะมีการดำเนินกิจกรรม และการศึกษาของมาริสา เซาว์พุดพิงค์ (2548) ที่กล่าวว่า ผู้บริหารมีหน้าที่ต้องรายงานความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับงาน ให้ทุกฝ่ายในองค์กร และควรมีการรายงานผลการดำเนินงานที่เปิดเผยได้ ให้สังคมภายนอกองค์กรได้รับทราบด้วย เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ ส่วนหนึ่งและเปิดโอกาสให้สังคมภายนอกได้มีการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กร เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นถึงความโปร่งใสขององค์กร

จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า โดยภาพรวมทั้ง 7 กลุ่มตำแหน่ง ต้องการให้มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอและมอบหมายหน้าที่ให้เหมาะสมกับคุณสมบัติของแต่ละตำแหน่ง การจัดสวัสดิการด้านค่าตอบแทน และการบรรจุเป็นข้าราชการ และรวมถึงการปรับเปลี่ยนตำแหน่งที่สูงขึ้นเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยบริหารของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2563 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรจัดอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และการอำนวยความสะดวกควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงาน โครงการของหน่วยงาน และผลงานวิจัย

ด้านกระบวนการบริหาร ประเด็นการจัดองค์กร และควรให้การวางแผนทรัพยากรบุคคล ให้มีความเหมาะสมทั้งความเพียงพอ และควรมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการดำเนินงาน หรือวางแผนทางการจัดองค์กร ให้มีประสิทธิภาพ แบ่งสายงานการบังคับบัญชาให้ชัดเจน เพื่อใช้ในการอำนวยความสะดวกดำเนินการสั่งการตามลำดับขั้นเพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ของประชาชนโดยรวมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบแบบสอบถามพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามวิจัยให้มีความชัดเจน และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ และถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชา ที่ได้สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองในครั้งนี้รวมถึงคอยแนะนำ และสนับสนุนในทุกด้านพร้อมทั้งให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือมาตลอด รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุงทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ณิกานต์ กัญเจียก. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชน เครือกรุงเทพเวชการภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ผจญ เฉลิมสาร. (2540). คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานระดับกลาง : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานในนิคมอุตสาหกรรมเวลโกร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. ภาคนิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

มารีสา เชาว์พฤตพิงศ์. (2548). บทบาทของผู้บริหารในศตวรรษที่ 21 เข้าถึงได้จาก <http://www.siamhrm.com/?name=management&file=readnews&max=212> . สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2563.

สุพิศรา ศรีวิณชชากร และคณะ. (2545). บริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

สุรัสวดี ราชกุลชัย. (2547). การวางแผนและการควบคุมทางการบริหาร. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Arnold, H.T. and Feldman DC. (1986). Inter groups Conflict in Organization Behavior. New York : McGraw-Hill

Greenberg, J. and Baron, R.A. (1995). Behavior in organization : Under standing and managing the human side of work. 5th ed. New Jersey : A Simon and Schuster.

Gulick, Luther, Lindon Urwick. (1937). Paper on the Science of Administration. Clifton : August M.Kelly.

Henry, Fayol. (1964). General and Industrial Management. London: Isac Pitman sons Ltd.Holly, W. H. and Jennings, K. M. (1983). Personnel Management. New York: CBC College.

Walton, Richard E. (1974). Improving Quality of Work Life. Harvard Business Review, 15 (5), pp. 12-16

Werther, W. B., & Davis, K. (1982). Personal Management and Human Resource. Tokyo: Mc. Graw - Hill.

แบบประเมินคุณภาพบทความวิจัย

บทความวิจัย / รายงานวิจัย เรื่อง

.....

.....

.....

ก. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย / รายงานวิจัย

1. หัวข้อวิจัย

- () เป็นหัวข้อใหม่ไม่ถือว่าซ้ำซ้อนกับงานวิจัยที่เคยมีมาก่อน
- () มีความซ้ำซ้อนแต่ใช้วิธีการที่แตกต่างออกไป
- () มีความซ้ำซ้อนทั้งหัวข้อและวิธีการ

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

2. วิธีวิจัย : มีวิธีการหรือขั้นตอนที่ถูกต้องรัดกุม มีการเก็บข้อมูลตามหลักวิธีการวิจัยได้ดี ฯลฯ

- () ถูกต้องดีมาก
- () ดี
- () พอใช้
- () ยังไม่ถูกต้อง

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

3. ความครอบคลุมในทุกประเด็นของรายงานวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย เป็นต้น

- () ครอบคลุมทุกประเด็น
- () ไม่ครอบคลุม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

() เหมาะสม

() ไม่เหมาะสม

ความเห็นหรือข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

.....

.....

.....

.....

ข. ข้อวินิจฉัยสำหรับการตีพิมพ์

() มาตรฐานยังไม่ดีพอสำหรับตีพิมพ์

() ตีพิมพ์ได้โดย

() ไม่ต้องแก้ไข

() มีการแก้ไข ดังนี้

รายละเอียดที่เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข

หน้าที่	หัวข้อ	บรรทัดที่	ข้อความที่เสนอให้ปรับปรุงแก้ไข

พร้อมนี้ได้ส่งคืนต้นฉบับบทความแนบมาด้วยแล้ว

(ลงนาม).....

(.....)

ผู้ประเมิน

วันที่.....

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เหมาะสมในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 www.nakhonphc.go.th
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 3 ครั้ง)

- ฉบับที่ 1 ประจำปี เดือน ตุลาคม – มกราคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน มิถุนายน – กันยายน



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

“เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565”

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

Website : www.nakhonphc.go.th Facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช