

วารสาร

# สารานุกรมสุขภาพฐานภาคใต้



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

<http://phcsn.hss.moph.go.th> E-mail : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com)

ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2564

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

ISSN 0857-7293 ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2564

ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์  
ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ  
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ  
นพ.สามารถ ดิระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.เพียงจันทร์ เศรษฐศรีสกุล  
รศ.ดร.สีบพงศ์ ธรรมชาติ  
รศ.ดร.อัญชลี กฤษณจินดา  
รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร  
ผศ.ดร.กฤตพร แซ่แห่ง สายจันทร์  
ผศ.ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง  
ผศ.ดร.นัยนา หนูนิล  
ผศ.ดร.นิรัตน์ นวกิจไพฑูรย์  
ผศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์  
ดร.ภก.คชาพล นิมิตต  
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ  
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์  
ดร.ไพสิฐ บุณยะภี  
ดร.สุรชาติ โกยกุลย์  
ดร.จามจุรี แซ่หลู่  
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช  
ดร.ภาวดี เหมทานนท์  
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ (พละศึก)  
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ  
ดร.มัทริกา จินากุล  
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลลาโชติ  
ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์  
ดร.มัลลิกา คงแก้ว  
ดร.มาศไมตรี จิตวิริยธรรม  
ดร.ร.อ.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม  
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์  
ดร.สมภพ อาจชนะศึก  
ดร.วรารัตน์ กิจพจน์  
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์  
ดร.สมพร รัตนพันธ์  
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

นักวิชาการอิสระ  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราชใตใหญ่  
มหาวิทยาลัยทักษิณ  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี  
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา  
โรงพยาบาลปากพนัง  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
โรงพยาบาลค่ายวชิราวุธ นครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โรงพยาบาลท่าศาลา  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายจรูญ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางวิณาพร สำอางศรี

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายวุฒพล ฤทธิ์แก้ว  
นางรุจิรา เพชรสงค์  
นายศุภกานต์ สุภาวิบูลาสันต์  
จ.อ.ศุภปรกรณ์ ขวัญใจ  
นายธนา ศักดิ์สุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

# คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

## SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง 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 ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย 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)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

### 2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย 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, ปี// (ฉบับที่), /เลขหน้า ของบทความ

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

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (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](mailto:southern.phc@gmail.com) ดังนี้

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

5. การทำหนังสือนำเสนอ

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

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 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

## 6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

## 7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

# U t u r r n a r i k a r

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2564 นับเป็นระยะเวลาที่สร้างความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย ซึ่งในเดือนสิงหาคมเป็นช่วงที่พบผู้ติดเชื้อรายวันสูงที่สุด และค่อย ๆ ทอยลดลงในช่วงเดือนกันยายน นับเป็นสัญญาณที่ดีในสถานการณ์ผู้ติดเชื้อในประเทศ จากการเร่งฉีดวัคซีนให้กับกลุ่มเป้าหมายส่งผลให้สามารถลดผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ตามลำดับ นับเป็นช่วงแห่งความวิตกกังวลในระยะแรก และสร้างความหวังในระยะถัดมา แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมาตรการในการป้องกันโรคส่วนบุคคลไว้ในระดับสูงสุด โดยศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด – 19 (ศบค.) ได้เริ่มมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิดเพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น เตรียมความพร้อมสู่การเปิดประเทศ หลังสถานการณ์โควิด – 19 ต่อไป

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพทุกท่าน, ที่ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับผลงานวิชาการ เจ้าของผลงานวิชาการที่ทุ่มเทความรู้ความสามารถในการดำเนินการ เพื่อให้ผลงานวิชาการมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ และการเผยแพร่ผลงาน สู่วงกว้างมากขึ้นและยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

# สารบัญ

## ทิศทาง/นโยบาย

- นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ 8

## ความเคลื่อนไหวงานสุขภาพภาคประชาชน

- การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ 13

## งานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขมูลฐาน

- โรคโควิด-19 กับโอกาสในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 18

## งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2 23

- สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง 37

- ความเครียดและการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาล 52

## มหาราชนครศรีธรรมราช

- ผลการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแผลวยริมบาทวิถีด้วยวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ ทัศนศึกษาเทศบาลเมืองทุ่งสง 65

- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก 80

- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 92

- การประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดจังหวัดสุราษฎร์ธานี 105

- การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและมีภาวะหายใจล้มเหลว : ทัศนศึกษา 2 ราย 117

- การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 131

## นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง มีองค์ประกอบหลัก 2 ประเด็น ได้แก่

1. ให้คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน
2. พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพรพ.สต.

แนวคิดและเป้าหมายการดำเนินงานนโยบาย 3 หมอ คือการดำเนินงานให้คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน คือ หมอคนที่ 1 : หมอ อสม. หมอคนที่ 2: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ.สต. และหมอคนที่ 3 : หมอ รพ.ประจำครอบครัว จะดำเนินการในทุกพื้นที่ ไม่เกี่ยวกับการมีหรือการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือไม่เป็น โดย มีเป้าหมายการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรม การปฏิบัติเชิงคุณภาพของการมีหมอประจำตัว 3 คน คือ ประชาชนจำนวน 30 ล้านคน หรือ ร้อยละ 50 ของประชากรทั้งหมด การดำเนินงานมุ่งเน้นไปให้ถึงการเกิดผลลัพธ์ตามนโยบายที่ ปลัดกระทรวง สาธารณสุข (นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต) กำหนดไว้ 3 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Accessibility) 2) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการดำเนินงาน คือ การดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ IMC ( Intermediate Care ) และผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID-19

การดำเนินงานคนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน พบว่า ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน จำนวน กว่า 26 ล้านคน แต่ยังมีการกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น และยังไม่เห็นรูปธรรมของการดำเนินงาน ดังนั้นแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 มีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้คือ

1. ให้ทุกพื้นที่ ทุกหน่วยบริการ (ไม่เกี่ยวกับการเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ) ดำเนินการ คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว 3 คน

2. ด้านการพัฒนาเชิงคุณภาพมุ่งสู่ผลการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยใช้กลไก 3 หมอ จำนวน 30 ล้านคน คิดเป็น 50% ของประชากรทั้งหมด (ใช้ฐานข้อมูลจำนวนประชากร ตามฐานข้อมูล สปสช.) โดยกำหนดเป้าหมายแยกเป็นรายเขต และจังหวัด ให้ชัดเจน

3. การวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) : ภายหลังจากที่ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่าเดิม อย่างไร โดยวัดจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ - ผู้สูงอายุผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ - Intermediate Care (IMC) - ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 2) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) : ความมั่นใจและการได้รับคำปรึกษา ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ เช่น การโทรศัพท์ Line และ application 3) ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ



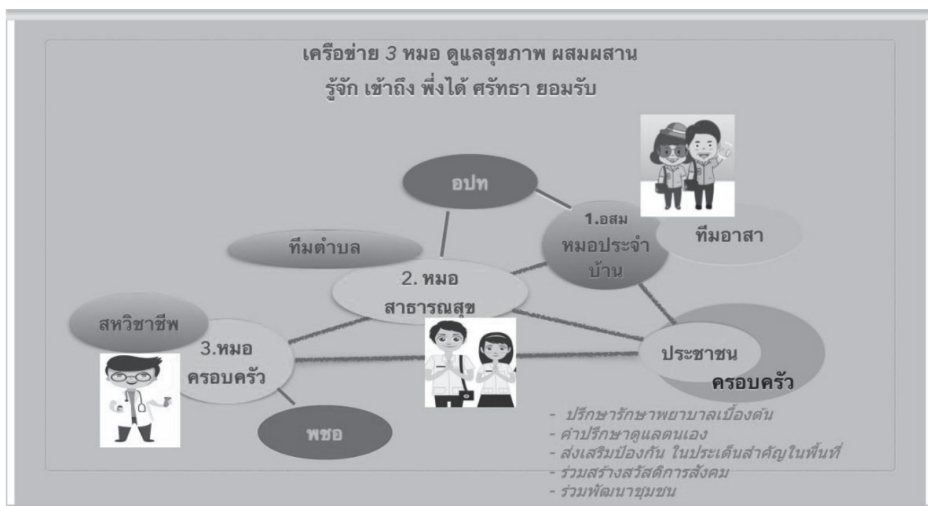
(Health Literacy) : ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย - ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผนวกกับการทดสอบภาวะสมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ BMTEC Intermediate Care (IMC), ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19, การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ รพ.สต.

การดำเนินการในระดับปฐมภูมิ มีพื้นที่ดำเนินการ (Area) ชัดเจน ซึ่งสามารถใช้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นเครื่องมือเชื่อมโยงการดำเนินงานให้เกิดรูปธรรมของ Big Rock การปฏิรูปประเทศ ประเด็นผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ โดยมีกระบวนการพัฒนาและเสริมศักยภาพรพ.สต. ทั้งในส่วนกำลังคนที่เป็น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สหวิชาชีพ ให้สามารถไปดำเนินการจัดบริการสุขภาพให้ตอบโจทย์ของประชาชน รวมทั้งตอบตัวชี้วัดและนโยบาย ทั้งนี้ในด้านการพัฒนาวิชาการของกำลังคนแต่ละประเภท (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ ผู้อำนวยการ รพ.สต.) มีแนวคิดที่ให้สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ(สสป.) เป็นหน่วยรับผิดชอบดำเนินการ และกองบริหารการสาธารณสุขนำสู่แผนพัฒนากำลังคน Service Plan ปฐมภูมิที่เกี่ยวข้อง ส่วนการพัฒนาบุคลากรของรพ.สต.เชิงบริหารจัดการ ให้ชมรมสาธารณสุขอำเภอ สมาคม/ชมรมหมออนามัย เป็นผู้ดำเนินการ หรือจะมอบหมายให้เขตสุขภาพดำเนินการผ่านชมรมสาธารณสุขอำเภอและชมรมรพ.สต. เพื่อสร้างบทบาทและการมีส่วนร่วมให้กับองค์กรดังกล่าว

### House Model ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ปี 2565

ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ปี 2565 ของ 2 หน่วยงานหลัก คือ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ(สสป.) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะใช้ House Model รวม ซึ่งจะบูรณาการงานคนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอปประจำตัว 3 คน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. พขอ. และตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดย ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่นำมากำหนดใน House Model จะนำมาเฉพาะตัวชี้วัดตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 และตัวชี้วัดที่มีระยะเวลาดำเนินการตามกฎหมายกำหนด ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ได้แก่

1. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน (30 ล้านคน )



2. การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตาม พรบ.ฯ (3,000 ทีม)
3. อำเภอมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ 75)
4. รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว 75 % (สะสม) ส่วนที่เหลือนอกจากนี้จะบรรจุใน House Model ของแต่ละโครงการตนเอง

**ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) ของระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง** ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก คือ

1. พัฒนากลไกการดำเนินงานปฐมภูมิ คือ การขับเคลื่อนพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 / กม.ลูกอื่น ๆ / สื่อสารนโยบายแก่บุคลากรทุกระดับ / ขึ้นทะเบียน PCU/NPCU แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2564-75 พัฒนากลไกการเงินการคลังปฐมภูมิ ขยายผลและพัฒนาระบบข้อมูลปฐมภูมิ (แพทย์คู่ประชาชน/HIE/ ระบบให้คำปรึกษา /PHR) ประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งไม่เฉพาะด้านบริการแต่หมายรวมถึงผลลัพธ์ เชิงระบบที่เกิดขึ้นกับประชาชนจากงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือระบบสุขภาพชุมชน และขับเคลื่อน พขอ. ตามระเบียบ ฯ /ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตรวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูล พขอ.

2. พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิพัฒนาความสามารถด้านวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครอบครัว และทีมเลขา พขอ. โดยสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สนับสนุนการพัฒนาแพทย์ /คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพิ่มสถาบันวิชาการเพื่อสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ พัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน/อาสาสมัคร ประจำครอบครัว อสค. พัฒนาศักยภาพทีมเลขา พขอ. และพัฒนาศักยภาพบุคลากรของรพ.สต.ทั้งการบริหารจัดการและ วิชาการ ตามมติที่ประชุมที่กำหนดให้เพิ่มประเด็นพัฒนาศักยภาพบุคลากรของรพ.สต.ให้เด่นชัด

3. พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหมายถึงการขยายผลรูปแบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาหลักเกณฑ์คุณภาพ/มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสานเชื่อมโยงระบบส่งต่อ พัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนระบบบริการ พัฒนาและเพิ่มศักยภาพ รพ.สต. พัฒนารพ.สต.ให้ผ่าน เกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว และพัฒนาวิชาการเพื่อสนับสนุนระบบ สุขภาพชุมชน

4. สร้างและสนับสนุนการมีส่วนร่วม คือ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดการระบบข้อมูลองค์ความรู้สำหรับประชาชน รวมทั้งสื่อสารช่องทางการติดต่อหมอประจำตัว 3 คน และสร้างการรับรู้กับประชาชน 30 ล้านคน

#### **แนวทางดำเนินงานและการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย**

การดำเนินงานและการบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระบบปฐมภูมิเข้มแข็ง ทั้งเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดและเชิงคุณภาพที่เป็นรูปธรรมด้านผลลัพธ์ มีแนวทางการดำเนินงานและการบริหารจัดการ ที่สำคัญและจำเป็น ดังนี้

1. สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่คนทำงานในพื้นที่ทุกระดับ ในแนวคิดการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งและโครงการ 3 หมอ ควรมีการซักซ้อมความเข้าใจและมีความเห็นชอบร่วมกัน เกี่ยวกับแนวคิดการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งที่ทุกคนต้องเข้าใจตรงกันก่อนว่าปี 2565 กลไก 3 หมอ ทำทุกพื้นที่ โดยการ ปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเชิงคุณภาพ ในประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน จำนวน 30 ล้านคน โดยไม่เกี่ยวกับการเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่หน่วยบริการปฐมภูมิจะไปสนับสนุนงาน 3 หมอ เพื่อให้คนไทยทุกคนไทยทุกระดับ มีหมอประจำตัว 3 คน โดดเด่นชัดเจนยิ่งขึ้น

2. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน 1) การดำเนินงาน 3 หมอ ทุรพ.สต./ตำบล(ทุรพ.สต.) ที่ดูแลประชากรต้องทำเต็มพื้นที่และทำอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปธรรมอย่างน้อยร้อยละ 50 (กรณีตำบลมีหลาย รพ.สต.ให้ทุรพ.สต. ทำครอบคลุมคนทั้งหมด ที่ดูแล) ซึ่งในระดับ เขต จังหวัด อำเภอและตำบล มีทีม 3 หมอ ดูแลครอบคลุมประชาชน อย่างน้อย 50% โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชน 3 ด้าน ได้แก่ (1) Accessibility ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ รวดเร็วกว่าเดิมหรือไม่ด้วยการลงไปหากลุ่มเป้าหมาย (2) Health security เกิดความมั่นใจ ได้รับคำปรึกษา และ (3) Health Literacy มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปธรรม คือ กลุ่มเปราะบาง ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้พิการ กลุ่ม IMC (Intermediate Care) ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 โดยให้ทุกโครงการ/หน่วยงาน/ตัวชี้วัดที่บูรณาการร่วมกันกำหนดกลุ่มเป้าหมายดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกัน

3. ขอให้ทุกหน่วยงาน ทุกตัวชี้วัดภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งดำเนินการใน กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นเดียวกันและให้ระบุรายละเอียดกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นในรายละเอียดตัวชี้วัดของตนเองด้วย แจกเป้าหมายการดำเนินงานเป็นรายเขต ในปีงบประมาณ 2565 แม้จะมีผลการดำเนินงานจำนวนประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน จำนวนถึงกว่า 26 ล้านคน ซึ่งเป็นข้อมูลที่กระจายกว้าง ๆ นำจำนวนมารวม ๆ กันไม่ชัดเจนว่าอยู่ในพื้นที่ดำเนินการของหน่วยบริการใด ดังนั้นการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2565 จึงให้มีการจัดสรรเป้าหมายประชากรเป็นรายเขต โดยข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนกันยายน 2565 ซึ่งจะผูกกับการเบิกจ่ายของ รพ.สต.ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบดูแล

4. ปรับปรุงฐานข้อมูล 3 หมอ และใช้ข้อมูลประชากรฐานข้อมูลจากแหล่งเดียวกัน ด้วยระบบข้อมูล 3 หมอ เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีข้อจำกัดด้านความปลอดภัย จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุง ทั้งนี้เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินงานของพื้นที่และการตรวจราชการ จึงขอให้ทุกหน่วยงาน ใช้ข้อมูลประชากรฐานข้อมูลจากแหล่งเดียวกัน คือ ข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเดือนกันยายน 2565

5. คัดสรรและจัดทำองค์ความรู้ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ให้ตรงจุดตรงกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นและวัดผลลัพธ์ โดยให้ประสานกรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมวิชาการทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง ให้ดำเนินการคัดสรรองค์ความรู้ที่จำเป็นและตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้น เพื่อให้หมอประจำตัว 3 คน นำไปใช้ประโยชน์ ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ได้ถูกต้อง เหมาะสม และตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นสร้างรูปธรรม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้พิการ กลุ่ม IMC (Intermediate Care) ผู้ได้รับผลกระทบจาก COVID 19

6. ร่วมกันดำเนินงานทั้ง 3 หมอ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พชอ. และตำบลจัดการคุณภาพ ชีวิตโดย พชอ. ยังคงมีการพัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ. และการเยี่ยมเสริมพลังหน่วยงานหลักรับผิดชอบ ได้แก่ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ(สสป.) และกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ (สบส.)

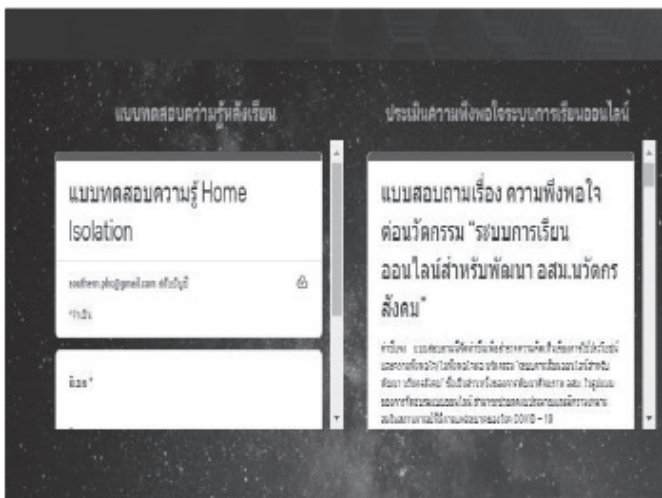
ที่มา : รายงานสรุปเบื้องต้นการประชุมหารือร่วม ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 6 ตุลาคม 2564

## การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่

เรียบเรียงโดย นายวสุพล ฤทธิแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19 ที่กำลังระบาดอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ของประเทศ ตลอดระยะเวลากว่า 2 ปีที่ผ่านมา เกิดผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนและระบบการทำงานของหน่วยงานทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ทุกองค์กร ทุกคนต้องมีการปรับตัว ปรับวิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับระบบการทำงาน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนภารกิจขององค์กรตามพันธกิจ เป้าหมายที่กำหนดให้หน่วยงานดำเนินงาน ได้บรรลุตามผลผลิต ตัวชี้วัดที่หน่วยงานระดับกระทรวง กรม กอง ต่าง ๆ ได้กำหนดตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ที่ได้มอบหมายให้การปฏิบัติงานในพื้นที่ New Normal วิถีชีวิตปกติใหม่ ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข รวมถึงงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เพื่อสร้างเสริม สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคระบาดใหม่ โควิด - 19 ให้กับประชาชนอย่างเร่งด่วน ในการต่อสู้รับมือกับภัยโรคติดต่ออุบัติขึ้นใหม่ หรืออยู่ในสังคมในสถานการณ์นี้ได้อย่างมีความสุข ทุกภาคส่วนต้องปรับตัว ต้องเรียนรู้การจัดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ให้รวดเร็วทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคที่อุบัติใหม่ที่มีความสามารถในการแพร่กระจาย เชื้อติดต่อกันได้ง่ายและมีอาการรุนแรงอาจถึงเสียชีวิตได้โดยเร็วหากเชื้อโรคแพร่กระจายลงสู่ปอด และระบาดติดต่อกันไปอย่างรวดเร็วประชาชนทุกคนมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนในการเรียนรู้ธรรมชาติของโรคนี้อย่างเข้าใจ และปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงป้องกันการได้รับเชื้อโรคจากผู้ติดเชื้อหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัส การปฏิบัติตนหากได้สัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อ การปฏิบัติตัวเมื่อต้องเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง การปฏิบัติตนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามข้อกำหนดทางระเบียบหรือกฎหมายของประชาชน กฎหมายควบคุมโรค ระเบียบข้อกำหนดของรัฐบาล กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุขหรือข้อกำหนดขององค์กรปกครองท้องถิ่น และอื่นๆ อีกมากมายที่ทุกภาคส่วนต้องรับรู้และเรียนรู้ ร่วมปฏิบัติเพื่อเร่งสร้างความความรู้ ความเข้าใจให้ประชาชนทั่วไป ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนกลุ่มอ่อนแอ หรือผู้ด้อยโอกาสในสังคมผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มประชาชนเหล่านี้ที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงเมื่อได้รับเชื้อโรคอาจป่วยและมีอาการรุนแรงได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตอย่างรวดเร็ว เมื่อได้รับเชื้อและเชื้อโรคแพร่กระจายลงสู่ปอดประชาชนต้องได้รับความรู้และเรียนรู้ New Normal วิถีชีวิตปกติใหม่ ในการดำรงชีวิตพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ เพื่อให้ตนเองอยู่รอดปลอดภัยจากโรคติดต่อ การดูแลตนเองเฝ้าระวังป้องกันโรคของคนในครอบครัว ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนอย่างปลอดภัย องค์กร ภาคี หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนที่ต้องร่วมกันมือกัน ประสานสรรพกำลังร่วมกันในการจัดการกับปัญหา ร่วมกัน ร่วมกับพื้นที่โรคร่วมกันพัฒนาระบบการเรียนรู้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง เรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ไร้ข้อจำกัด ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้หรือการจัดการสุขภาพในชุมชน ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง จังหวัดชลบุรี ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนา งานสาธารณสุขมูลฐานของพื้นที่ การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพตนเองและร่วมจัดระบบสุขภาพของชุมชน ก็ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ต้องปรับแผนการดำเนินงาน ปรับรูปแบบกระบวนการ ปรับวิธีการทำงาน การถ่ายทอดตามกระบวนการเดิม โดยเฉพาะงานที่ต้องประสานการปฏิบัติงานขับเคลื่อนภารกิจการพัฒนา งานสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีจุดหมาย ในการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน การพัฒนาระบบการ เรียนรู้ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด เพื่อการส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการการเรียนรู้ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน ในการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง ให้สามารถเรียนรู้ได้ในทุกสถานการณ์ ทุกสถานที่ ทุกเวลา ไร้ข้อจำกัดในการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการถ่ายทอด ความรู้หรือการจัดการสุขภาพในชุมชน ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ โรคโควิด – 19 ไวรัสที่ระบาด ทำให้ทุกคน ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานและวิถีชีวิตไปพร้อม ๆ กันทั่วโลก จากที่เคยออกจากบ้าน เพื่อไปทำงาน ไป โรงเรียน ไปห้างสรรพสินค้า ตลาด จับจ่ายซื้อของซื้อสิ่งของต่าง ๆ ต้องมาใช้ชีวิต Stay at home ทำภารกิจ กิจกรรมทุกอย่างที่บ้านแทน และในปีงบประมาณ 2564 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค แต่ละภูมิภาค จึงปรับกระบวนการ ปรับวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยได้จัดทำหลักสูตรการ เรียนรู้ ปรับรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้อบรม และส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ระบบ สื่อออนไลน์ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ โดยได้ร่วมกันจัดทำหลักสูตร “ผู้นำองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ” และจัดอบรมพัฒนาองค์กร อสม.ต้นแบบสร้างสุขภาพ และยังมีหลักสูตรการเรียนรู้อีกหลาย ๆ หลักสูตรที่ศูนย์ พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาค แต่ละแห่งได้จัดทำและเผยแพร่ให้ได้เรียนรู้ในระบบออนไลน์ในเว็บไซต์ ของหน่วยงาน ในส่วนของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำหลักสูตร การเรียนรู้ออนไลน์เพิ่มเติมอีก 1 หลักสูตร คือหลักสูตร พัฒนา อสม. นวัตกรรมสังคม เรื่อง “การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)” เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในการกักตัวที่บ้านกรณีตรวจพบเชื้อโรคโควิด-19 และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขให้กักตัวที่บ้าน ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามแนวทางที่ราชการ หรือกระทรวงสาธารณสุข กำหนด เพื่อการรักษาพยาบาลและการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันการแพร่กระจายหรือการระบาดของโรค รวมถึง การเรียนรู้การประสานงานกับหน่วยงานในการกักกันตนเองตามหลักเกณฑ์และระยะเวลาที่ทางราชการกำหนด กับสถานบริการหรือโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดในเว็บไซต์ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุข มูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ลงทะเบียนเรียนรู้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเมื่อได้เรียนรู้เนื้อหาครบ ตามรายละเอียดหลักสูตร และทำแบบประเมินความรู้หลังเรียนได้คะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไป ศูนย์พัฒนาการ สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ก็จะได้จัดทำเกียรติบัตรรับรองให้ในระบบโดยผู้เข้าอบรมสามารถ ดาวน์โหลดหรือ พิมพ์ได้จากระบบ หลักสูตรดังกล่าวได้รับการตอบรับร่วมเรียนรู้อย่างดี จากอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่ม ประชาชนผู้สนใจทั่วไปได้เข้ามาร่วมเรียนรู้กันอย่างมาก



ในส่วนของการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและงานอื่น ๆ ในพื้นที่ 7 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ก็ได้ปรับรูปแบบกระบวนการสนับสนุนการพัฒนาและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้ระบบออนไลน์ เข้ามาช่วยในการสื่อสารถ่ายทอดหรือจัดกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องอื่น ๆ เช่น การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ได้สนับสนุนกระบวนการพัฒนาและจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาพื้นที่ต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของพื้นที่ 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 ประจำปี 2564 โดยใช้แอปพลิเคชันซูมในการจัดประชุมออนไลน์ ระหว่างวันที่ 16 – 20 สิงหาคม 2564 ตั้งแต่เวลา 09.30 – 15.30 น. โดยแกนนำตำบลต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแต่ละตำบล สามารถเลือกช่วงเวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงานได้ โดยให้เลือกช่วงเวลาในการนำเสนอได้ในช่วงเช้าหรือช่วงบ่าย ของแต่ละวัน แล้วแจ้งกำหนดการที่เลือกนำเสนอที่แต่ละตำบลที่ได้พิจารณาเลือกช่วงเวลาแก่ผู้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังนี้

1. สถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุม และการจัดการโรค COVID-19 ในพื้นที่
  2. การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับ Home Isolation และ Community Isolation ในพื้นที่
  3. ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และบทเรียนที่ได้เรียนรู้
  4. กระบวนการสร้างพัฒนากำลังคนและเครือข่ายในการสร้างสุขของชุมชน เช่น
    - การพัฒนา อสม. นวัตกรรมสังคม แกนนำ ทีมนำขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
    - การสร้าง และพัฒนาเครือข่าย (การสร้าง พัฒนา รักษา ต่อยอด สานพลังเครือข่าย พชอ. ในการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบชุมชนสร้างสุข)
  5. กระบวนการส่งเสริม สนับสนุนการนำเครื่องมือ 3 ประการ (Health Literacy, Digital Literacy, Financial Literacy) ไปใช้ในชุมชน
  6. กระบวนการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสร้างสุขของชุมชน
  7. กระบวนการสร้าง พัฒนากำลังคนและเครือข่ายในการสร้างสุขของชุมชน ได้แก่
    - แกนนำขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุข
    - องค์ประกอบของทีมและการแบ่งบทบาทหน้าที่ของทีม
    - ความสัมพันธ์ของทีม (Coordination/Cooperation/collaboration)
    - การพัฒนาทีมนำขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขโดยกลไกตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
    - การสร้างและพัฒนาเครือข่าย (การสร้าง พัฒนา รักษา ต่อยอด สานพลังเครือข่ายที่มีผลเป้าหมายและประเด็นสร้างสุขของตำบล รวมถึงความเชื่อมโยงกับพชอ.)
  8. กระบวนการขับเคลื่อนชุมชนสร้างสุขและกิจกรรมสร้างสุข ได้แก่
    - การสร้างการเรียนรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลตนเองและช่วยเหลือกันเอง
    - การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยชุมชนเชื่อมโยงกับรัฐ/เอกชน
    - การจัดการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน
    - การสร้างความรักสามัคคีและการใช้กระบวนการสุนทรียพลาณามัธยมศึกษาในการดำเนินวิถีชีวิตของคนในชุมชน
    - กระบวนการสร้าง พัฒนาและบริหารจัดการนวัตกรรมในการสร้างสุขของชุมชน
    - กระบวนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการสร้างสุขของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
- พื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- |                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| จังหวัดระนอง         | ตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ         |
| จังหวัดชุมพร         | ตำบลรับร่อ อำเภอท่าแซะ          |
| จังหวัดสุราษฎร์ธานี  | ตำบลท่าชี อำเภอนาสาร            |
| จังหวัดนครศรีธรรมราช | ตำบลเสาเภา อำเภอสิชล            |
| จังหวัดกระบี่        | ตำบลกระบี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ |
| จังหวัดพังงา         | ตำบลคลองเคียน อำเภอตะกั่วทุ่ง   |





การคัดเลือกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ประจำปี 2564 ซึ่งการจัดกิจกรรมนำเสนอผลงานในปีนี้ ดำเนินการจัดกิจกรรมนำเสนอผลงานโดยชมรมสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ เป็นองค์กรจัดกิจกรรมนำเสนอผลงานคัดเลือกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น โดยในวันที่ 13 กันยายน 2564 ได้จัดกิจกรรมนำเสนอผลงานคัดเลือกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับเขต 11 ซึ่งมีตัวแทนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของจังหวัดระนอง ชมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ และพังงา จังหวัดร่วมนำเสนอผลงาน ผ่านระบบออนไลน์ ทางแอปพลิเคชันซูม โดยศูนย์พัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11 ได้ร่วมสนับสนุนในการเป็นกรรมการในการคัดเลือก ผลการคัดเลือกตำบลที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่นระดับ เขต 11 คือ ตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง และในวันที่ 16 กันยายน 2564 ตำบลกำพวน ได้เข้าร่วมนำเสนอเพื่อคัดเลือกระดับภาคและได้รับคัดเลือกตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่นภาคใต้และในวันที่ 20 กันยายน 2564 ได้เข้าร่วมนำเสนอผลงานและตำบลกำพวน ก็ได้รับคัดเลือกเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่นระดับชาติ ประจำปี 2564 ขอแสดงความชื่นชมและแสดงความยินดีกับทีมงานเครือข่ายตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลกำพวน อำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ทุก ๆ ท่าน ที่ได้ร่วมมือกันสร้างสรรค์ผลงาน ที่ภาคีเครือข่ายในตำบลได้ร่วมมือร่วมแรง ร่วมใจ บูรณาการภารกิจงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชนในตำบล จนมีผลสำเร็จ ผลงานการพัฒนาที่ได้รับการยอมรับและชื่นชมของคณะกรรมการในทุกๆระดับ สถานการณ์โควิด-19 คลี่คลายลงพวกเราชาวศูนย์พัฒนาสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขอโอกาสได้ไปร่วมเยี่ยมให้กำลังใจและชื่นชมผลงานความสำเร็จที่งดงามในพื้นที่นะคะ

## โรคโควิด-19 กับโอกาสในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

### 1. หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยโดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 ที่มีการพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 รายแรกในประเทศไทยซึ่งเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนที่เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย หลังจากนั้นเป็นต้นมา ก็พบผู้ป่วยโควิดกระจายจากกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ๆ สู่หลายจังหวัดทั่วประเทศ อันเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายและการเดินทางของประชาชน โดยในระยะแรกของการระบาด ประเทศไทยสามารถจัดการระบาดได้เป็นอย่างดี จนได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก (WHO) เบื้องหลังความสำเร็จในการรับมือสถานการณ์การระบาดขณะนั้น ส่วนหนึ่ง คือ ความเข้มแข็งในการทำงานในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จนมาถึงระลอกเดือนเมษายน 2564 ซึ่งเป็นระลอกที่มีการระบาดอย่างรุนแรงในทุกพื้นที่ของประเทศไทยจนมีผู้ป่วยเกินศักยภาพที่โรงพยาบาลจะรักษาไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้ จนต้องมีการตั้งโรงพยาบาลสนาม การตั้งศูนย์พักคอย การส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ณ โรงพยาบาลในภูมิลำเนา การให้ผู้ป่วยที่ยังแข็งแรงกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) กักตัวในชุมชน (Community Isolation) ซึ่ง อสม. ยังคงร่วมทำงานอย่างเข้มแข็งกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเต็มความสามารถเช่นเดียวกัน จึงนับได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรสาธารณสุขภาคประชาชนที่สำคัญมากในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 และในเกือบทุกภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขเราจะพบว่ามี อสม. เป็นเครือข่ายและคอยช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเข้มแข็งเสมอมา

ประเทศไทยมี อสม. จำนวนทั้งสิ้น 1,050,000 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ปฏิบัติหน้าที่กระจายทุกหมู่บ้าน โดยกำหนดให้ อสม. 1 คน ดูแลประชาชนในพื้นที่ตนเอง 10 – 13 หลังคาเรือน ทำให้ อสม. สามารถเข้าถึงและดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง ภายใต้นโยบายคนไทยทุกคนรอบคร้วมีหมอประจำตัว 3 คน ซึ่งประกอบด้วย หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 คือ หมออนามัย หมอคนที่ 3 คือ หมอเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นการต่อยอดถึงบทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพประชาชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ด้วยบทบาทและความสำคัญของ อสม. ต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทย จึงได้ศึกษาประเด็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาพัฒนาศักยภาพ อสม. ในอนาคตต่อไป

### 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนแนวทางการพัฒนา อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนา อสม.

### 3. ขอบเขต

ศึกษาแนวทาง หลักสูตรกลาง การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### 4. คำจำกัดความ

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หลักสูตร หมายถึง หลักสูตรกลางของการพัฒนา อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีกลไกสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น จึงพยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด ผสส. อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปีจนถึงปี 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุข ที่คณะรัฐมนตรีสมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้าน

ในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 1,050,000 คน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะถูกเล็กน้อยดังเม็ดกรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่าง ๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก็อันเป็นขมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงตั้งภูผา พร้อมทั้งจะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน บทบาทหน้าที่ของ อสม.

อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ในชุมชน และมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1. เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่าง ๆ รับข่าวแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหน้าสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4. หมั่นเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
- ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
- ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของพื้นที่

จากบทบาทหน้าที่หลายด้านของ อสม.ข้างต้น ทำให้เห็นว่า อสม.เป็นบุคลากรภาคประชาชนที่มีความสำคัญมากต่อระบบสาธารณสุขไทย ที่ค้ำจุนและเป็นผู้เชื่อมภาครัฐและภาคประชาชนเข้าด้วยกัน มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทยมาอย่างยาวนาน แต่ด้วยสถานการณ์และบริบทของสังคมไทย มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการทำงานของ อสม.ที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป อสม.จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบในฐานะทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วต่อไป (ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช)

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในส่วนกลางที่รับผิดชอบกำกับ ดูแล และพัฒนามาตรฐาน อสม.ในภาพรวมทั้งประเทศ ได้กำหนดให้มีหลักสูตรในการพัฒนา อสม. จำนวน 22 หลักสูตร ตั้งแต่ ปี 2550-2561 (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ยังมีโอกาสในการพัฒนา อสม. ในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์บริบท และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไปจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาได้สะท้อนบทบาทของ อสม.ไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องของการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 โดยอาศัยเครือข่ายกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ปกครอง กลุ่มหรือองค์กรในชุมชน และสื่อมวลชนทั้งระดับชาติและท้องถิ่น มาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการเพื่อสื่อสารกับประชาชนและควบคุมพฤติกรรมของคนในพื้นที่ (ภัทรา บุรารักษ์, สุพรรณณี เบอร์เนล และกนกวรรณ เอี่ยมชัย) เพื่อป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างดี ซึ่งถือเป็นศักยภาพที่สำคัญในการปฏิบัติการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้อย่างประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามการใช้วิธีการดังกล่าวอาจถือเป็นความสามารถและศักยภาพของอสม.แต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจแตกต่างกัน

การระบาดของโรคโควิด-19 ถือเป็นโอกาสที่จะได้มีการพัฒนา อสม.ทั้งระบบ เพื่อสร้างมาตรฐานให้กับ อสม.ทั้งประเทศ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนต่อหมอคนที่ 1 ซึ่งดูแลสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนจากการศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต (วิเชียร เทียนจารูวัฒนา, กิตติพร เนาสวรรณ์ และสายสมร วชิระประพันธ์) พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มองว่า อสม. คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมและการแสดงออก รายละเอียดมีดังนี้ (1) ทักษะ มี 2 องค์ประกอบ

คือ มีจิตอาสาเสียสละ และเป็นที่พึ่งของชุมชน (2) ความรู้ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สาธารณสุขพื้นฐานดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย การพัฒนาชุมชน และเทคโนโลยีการสื่อสาร (3) ทักษะ มี 3 องค์ประกอบ คือ ทักษะทางสุขภาพเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และทักษะพิเศษ (4) พฤติกรรมและการแสดงออก มี 6 องค์ประกอบ คือ ปฏิบัติตามค่านิยมเป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งมุมมองเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาเพื่อนำไปสู่การออกแบบหลักสูตรเพื่อพัฒนา อสม.ให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สร้างมาตรฐาน ความเข้มแข็ง ความเชื่อมั่นต่อ อสม.ต่อไป

## บทสรุป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นบุคลากรสาธารณสุขภาคประชาชนที่สำคัญยิ่งของกระทรวงสาธารณสุข ในการค้ำจุนระบบสาธารณสุขของประเทศให้มีความมั่นคง ประชาชนมีสุขภาพดี จึงควรมีการออกแบบระบบการพัฒนา อสม.ที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบการสาธารณสุขของประเทศต่อไป

## อ้างอิง

1. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564] แหล่งข้อมูล <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
2. ภัทรา บุรารักษ์, สุพรรณิ เบอร์เนล และกนกวรรณ เอี่ยมชัย โคจรข่ายอำนาจและกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อสร้างความชอบธรรมระหว่างการระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. COVID-19 โรคเปลี่ยนคน คนเปลี่ยนโลก'63 Series.ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564] แหล่งข้อมูล <https://www.sac.or.th/main/th/article/detail/184>
3. วิเชียร เทียนจารูวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพ เพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. 2564 ฉบับที่ 2 ปีที่ 30 วารสารวิชาการสาธารณสุข.
4. ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564] แหล่งข้อมูล [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2564] แหล่งข้อมูล [https://www.nakhonphc.go.th/history\\_asm.php](https://www.nakhonphc.go.th/history_asm.php)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2  
Factors affecting to the health literacy among village health  
volunteers in health region 2

นฤดล อ่วมสุข  
Naruedon Uamsuk  
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2  
Region Health Service Support 2

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 2 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 5 จังหวัดได้แก่สุโขทัย ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ จำนวน 460 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม – สิงหาคม 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 อายุเฉลี่ย 50.6 ปี มีการศึกษาระดับประถมร้อยละ 50.7 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง(beta=0.109, p-value=0.015) , การบริโภคอาหารไขมันสูง (beta=-0.168, p-value=0.011), การบริโภคอาหารหวาน (beta=-0.188, p-value=0.003), การบริโภคอาหารเค็ม (beta=-0.167, p-value=0.004),การออกกำลังกายเป็นประจำ (beta=0.246, p-value < 0.001), การจัดการความเครียดได้ (beta=0.123,p-value=0.006) และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ (beta=0.105, p-value=0.021) ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 2

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study health literacy of village health volunteers (VHV) in health region 2. The sample consisted of 460 volunteers in 5 provinces in health region 2. The research tool was questionnaire. Questionnaires were collected between July-August 2020. The statistics were used for data analysis including number, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis. The results of this study showed that 83.9 % female, average age 50.6 years, 50.7 % most of them graduated primary education and 47.4 % had an excellent level of health literacy. The factors affecting the health literacy of village health volunteers were statistically significant, including female  $\beta=0.109$ ,  $p\text{-value}=0.015$ , High-fat food intake ( $\beta=-0.168$ ,  $p\text{-value}=0.011$ ), High-sugar food intake ( $\beta=-0.188$ ,  $p\text{-value}=0.003$ ), High-salt food intake ( $\beta=-0.167$ ,  $p\text{-value}=0.004$ ), exercise frequency ( $\beta=0.246$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ), stress management skill ( $\beta=0.123$ ,  $p\text{-value}=0.006$ ) and working motivation ( $\beta=0.105$ ,  $p\text{-value}=0.021$ ). The result of this study could be used for development model of promoting health literacy for village health volunteers in health region 2 .

**Keywords :** Village health volunteers, Health literacy, Health region 2

## บทนำ

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งปัญหาสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขไปพร้อมกันด้วยปัญหาสุขภาพยังคงมีมากขึ้นและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 294,880 คน เท่านั้น (Health Data Center, 2564) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทสำคัญที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่าง

ใกล้ชิด ปัจจุบันมี อสม. ทั่วประเทศจำนวน 1,098,550 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) อยู่ในทุกหมู่บ้านชุมชน ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญและเป็นผู้ให้การขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชนด้วยการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0 นั้น อสม. ต้องมีความสามารถใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลได้ มีจิตอาสา และเป็นผู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จึงมีความสำคัญในการพัฒนาความศักยภาพในระดับบุคคล



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา ได้นิยามความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ว่า “ความสามารถและทักษะของประชาชนในการเข้าถึง ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติตาม เพื่อการมีสุขภาพที่ดี” (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา, 2561) นอกจากนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้สำรวจระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2561 (กองสุขศึกษา, 2563) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ และต้องได้รับการติดตามและส่งเสริมให้ประชาชนมี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย แสดงให้เห็นว่าประชากรในการ ศึกษาที่แตกต่างกันไป อาจพบระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพแตกต่างกัน และอาจพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมือนหรือแตกต่างกันได้ เช่น การศึกษาของ Jane E. Corrarino ได้ทำการศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลงานวิจัย ในต่างประเทศ พบว่า เพศหญิงมีระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่สูงกว่าเพศชายถึงร้อยละ 12.0 (Jane E., 2013) ในการศึกษาของ Gibney S. and Doyle G. พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ครึ่งละอย่างน้อย 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Gibney S. and Doyle G, 2017) ในการศึกษาของ Jatunn G. and Jeff S. ได้ทำการศึกษาพบว่า ระดับความเครียด ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (Jatunn G. and Jeff S., 2014)

นอกจากนี้ในรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2562 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาพรวมของประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.3 รองลงมา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.7 เมื่อพิจารณาในระดับเขต สุขภาพ พบว่า อสม. ในเขตสุขภาพที่ 9 มีระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดีมาก ร้อยละ 76.0 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ รองลงมา เป็นอสม.ในเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 70.0 และเขตสุขภาพ ที่ 1 ร้อยละ 60.3 ตามลำดับ (กองสุขศึกษา, 2563)

สำหรับในเขตสุขภาพที่ 2 มี อสม. จำนวน 70,692 คน จากการสุ่มสำรวจของศูนย์สนับสนุน บริการสุขภาพที่ 2 ในปี 2562 พบว่าอสม. มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.0 จัดอยู่ในลำดับที่ 8 ของประเทศ จากทั้งหมด 12 เขต สุขภาพ นอกจากนี้ พบว่าปัญหาการดำเนินงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2 คือ อสม. ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการ แสดงออกและการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน ควรมีการพัฒนาทักษะในการคัดกรองข่าวสารจากสื่อ และทักษะในการสื่อสารทางสุขภาพให้ประชาชน ได้เข้าใจความรู้ทางสุขภาพ (ศูนย์สนับสนุนบริการ สุขภาพที่ 2, 2562) ซึ่งคือการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม.ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ควรนำมาใช้ในการกำหนด นโยบายวางแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมตัวแปร ที่สำคัญ นำไปสู่การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับอสม.ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

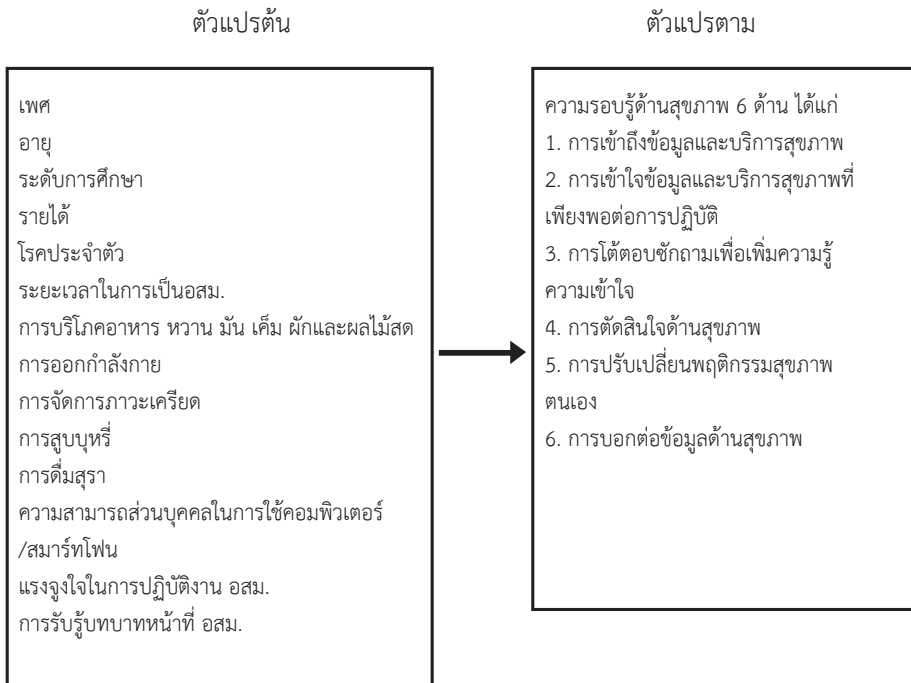
หมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมุ่งหวังนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและเจาะจงกับอสม. ในเขตสุขภาพที่ 2 ต่อไป

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2

### กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากภาพที่ 1 ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2563 มาเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัยครั้งนี้

### สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ระยะเวลาในการเป็นอสม. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการ

ออกกำลังกาย การจัดการภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอสม. การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. แรงสนับสนุนทางสังคม และสามารถส่วนบุคคลในการใช้คอมพิวเตอร์/สมาร์ทโฟน มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ซึ่งทำให้ทราบถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางหรือตัวชี้วัดในการส่งเสริมให้ อสม. มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น โดยมุ่งเน้นตัวแปรที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นหลัก ทำให้ช่วยประหยัดงบประมาณและตรงประเด็นได้มากยิ่งขึ้น และสามารถขยายผลไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ทั่วประเทศได้อีกด้วย

2. ผู้ปฏิบัติงาน ในเขตสุขภาพที่ 2 เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์กับ อสม. ในพื้นที่ได้โดยจัดทำเป็นโครงการต่างๆ ที่ประกอบไปด้วยการส่งเสริมตามตัวแปรที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อ อสม. ในพื้นที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

## วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ สุโขทัย ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ จำนวน 70,692 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการสุ่ม จำนวน 460 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง การหาขนาดตัวอย่างด้วยสูตรกรณีวัตถุประสงค์หลักเป็นค่าเฉลี่ย (estimating a finite population mean) พิจารณาใช้กรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรต่อเนื่อง กรณีทราบจำนวนประชากร (Ngamjarus C. & Chongsuvivatwong V., 2016) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากร

$\sigma$  = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างได้จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานยกกำลังสอง ผู้วิจัยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.93 จากศึกษาของชินตา เตชะวิจิตรจาระ (ชินตา เตชะวิจิตรจาระ, 2561)

$d$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ยกกำลังสอง กำหนดให้ค่าคลาดเคลื่อน ( $e$ ) เท่ากับร้อยละ 10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (จากศึกษาของชินตา เตชะวิจิตรจาระ ได้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.93 ดังนั้น ค่า  $d = 0.593$ )

$Z$  = ค่า  $Z$  ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง ( $Z = 1.96$ )

แทนค่าในสูตร จะได้  $n = 383$  คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีก 20% (Ngamjarus C. & Chongsuvivatwong V., 2016) เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 460 คน

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ อสม. ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุน

สุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563 ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ย้ายออกไปอาศัยนอกพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้นหรือลาออกจากการเป็น อสม. ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

## ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีสุ่มแบบ Multistage random sampling โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละจังหวัด เพื่อให้มีตัวแทนของทั้ง 5 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2 ตามสัดส่วน ได้ดังนี้ พิษณุโลก จำนวน 104 คน ตาก จำนวน 74 คน เพชรบูรณ์ จำนวน 104 คน สุโขทัย จำนวน 76 คน และอุตรดิตถ์ จำนวน 64 คน

ขั้นที่ 2) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่ออำเภอทั้งหมดของจังหวัดนั้น มาทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวนจังหวัดละ 3 อำเภอ

ขั้นที่ 3) การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยนำฐานข้อมูลรายชื่อของอสม.ของแต่ละอำเภอ นำมาเรียงด้วยคอมพิวเตอร์ จากนั้นมาสุ่มอย่างง่าย โดยคอมพิวเตอร์แบบไม่ใส่คืน ให้ได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ตามสัดส่วนในแต่ละจังหวัด จากนั้นเก็บข้อมูลจากอสม.ในที่สุ่มได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2563 โดยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการเป็นอสม. อาหารที่บริโภคเป็นประจำ การออกกำลังกาย การจัดการ

ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความสามารถส่วนบุคคลในการใช้คอมพิวเตอร์/สมาร์ทโฟน โดยแต่ละข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติงานเป็น อสม. แบ่งออกเป็น การรับรู้บทบาทหน้าที่อสม. จำนวน 9 ข้อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ โดยทุกตัวแปรเป็นมาตรวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ แปลความหมายของตัวแปร โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ในงานวิจัยนี้ใช้ข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพตามแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2563 จำนวน 24 ข้อ มาตรวัดแบบ Rating scale 5 ระดับ แปลความหมายของตัวแปรเช่นเดียวกับแบบสอบถามของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2563

แบบสอบถามฉบับนี้ได้มีการทดสอบคุณภาพ โดยการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการทำงานกับอสม. จำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินแบบสอบถาม โดยคำนวณจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) หากข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 จะถูกนำมาพิจารณาตัดออก หรือปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ยังทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาความสอดคล้องภายในเนื้อหา (Internal consistency) จากการทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มคนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แต่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach alpha coefficient) โดยแต่ละส่วนควรมีค่า ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

ผลของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่าแบบสอบถามในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78 และค่า IOC รายข้อ มีค่าตั้งแต่ 0.70 – 1.00 ซึ่งมีความเหมาะสม (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้วในการรวบรวมข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลทั้งหมด 460 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติทั้งเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Multiple regression analysis โดยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ ดังนี้ 1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ( $p\text{-value} = 0.000$  ซึ่งน้อยกว่า 0.05) 2. ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ (Std. Residual มีค่า mean = 0.00 ซึ่งเข้าใกล้ 0 และ ค่า Std.Deviation = 0.99 ซึ่งเข้าใกล้ 1) 3. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อน

มีค่าคงที่ (Scatterplot เป็นภาพกระจัดกระจาย) 4. ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ค่า Durbin-Watson = 1.77 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5-2.5) และ 5. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่พบค่าสหสัมพันธ์คู่ใดที่สูงกว่า 0.9 และ พบว่าค่า Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า VIF มีค่าไม่เกิน 10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2012) ซึ่งข้อมูลของงานวิจัยนี้เป็นไปตามข้อตกลงทุกข้อ ดังนั้นข้อมูลจึงมีความเหมาะสมในการทดสอบด้วยการใช้สถิติ Multiple regression analysis

### ผลการศึกษา

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 5 จังหวัดในเขต สุขภาพที่ 2 จำนวน 460 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.9 อายุเฉลี่ย  $50.6 \pm 9.5$  ปีอายุน้อยที่สุด คือ 23 ปี และมากที่สุด คือ 79 ปี มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 50.7 มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท ร้อยละ 52.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.0 มีระยะเวลาในการเป็นอสม. เฉลี่ย  $13.3 \pm 8.7$  ปี ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ 1 ปี และมากที่สุดคือ 39 ปี ส่วนใหญ่บริโภคอาหารไขมันสูงเป็นประจำ ร้อยละ 47.2 รองลงมาเป็นอาหารหวาน ร้อยละ 25.0 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 51.8 จัดการความเครียดไม่ได้ ร้อยละ 65.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 68.3 ดื่มน้ำ ร้อยละ 95.0 สามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ปานกลาง ร้อยละ 63.0 มีคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ค่าเฉลี่ย  $35.1 \pm 4.1$  คะแนน มีคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.7 ค่าเฉลี่ย  $27.5 \pm 4.5$  คะแนน และมีคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5 ค่าเฉลี่ย  $15.3 \pm 2.4$  คะแนน

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน (n=460)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก ( 96-120 คะแนน)	218	47.4
ดี (84-95.99 คะแนน)	146	31.7
พอใช้ (72-83.99 คะแนน)	84	18.3
ไม่ดี (น้อยกว่า 72 คะแนน)	12	2.6
$\bar{X} = 93.2, S.D. = 12.4, \text{Max} = 120 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 62 \text{ คะแนน}$		

จากตาราง 1 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.4 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ  $93.2 \pm 12.4$  คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุด 120 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 62 คะแนน เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังแสดงในตาราง 2 พบว่า องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 67.4 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 15.2 องค์ประกอบที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก

ร้อยละ 60.9 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 19.6 องค์ประกอบที่ 3 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.3 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 18.5 องค์ประกอบที่ 4 การตัดสินใจด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 62.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 19.1 องค์ประกอบที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.9 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 24.1 และองค์ประกอบที่ 6 การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 24.8

**ตาราง 2** คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ	ดีมาก (16-20 คะแนน)	310	67.4
	ดี (14-15 คะแนน)	68	14.8
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	70	15.2
	ไม่ดี ( น้อยกว่า 12 คะแนน)	12	2.6
	$\bar{X} = 15.89, S.D. = 2.5, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 8 \text{ คะแนน}$		

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	ดีมาก (16-20 คะแนน)	280	60.9
	ดี (14-15 คะแนน)	79	17.2
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	90	19.6
	ไม่ดี (น้อยกว่า 12 คะแนน)	11	2.4
	$\bar{X} = 15.52, S.D. = 2.5, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 5 \text{ คะแนน}$		
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	ดีมาก (16-20 คะแนน)	305	66.3
	ดี (14-15 คะแนน)	65	14.1
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	85	18.5
	ไม่ดี (น้อยกว่า 12 คะแนน)	5	1.1
	$\bar{X} = 15.82, S.D. = 2.4, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 10 \text{ คะแนน}$		
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	ดีมาก (16-20 คะแนน)	285	62
	ดี (14-15 คะแนน)	76	16.5
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	88	19.1
	ไม่ดี (น้อยกว่า 12 คะแนน)	11	2.4
	$\bar{X} = 15.44, S.D. = 2.4, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 6 \text{ คะแนน}$		
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	ดีมาก ( 16-20 คะแนน)	271	58.9
	ดี ( 14-15 คะแนน)	67	14.6
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	111	24.1
	ไม่ดี (น้อยกว่า 12 คะแนน)	11	2.4
	$\bar{X} = 15.32, S.D. = 2.5, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 5 \text{ คะแนน}$		
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	ดีมาก (16-20 คะแนน)	256	55.7
	ดี (14-15 คะแนน)	76	16.5
	พอใช้ (12-13 คะแนน)	114	24.8
	ไม่ดี (น้อยกว่า 12 คะแนน)	14	3
	$\bar{X} = 15.16, S.D. = 2.5, \text{Max} = 20 \text{ คะแนน}, \text{Min} = 8 \text{ คะแนน}$		

**ตาราง 3** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2

ตัวแปร	$\bar{X}$	Beta	t	p-value
เพศหญิง	3.663	0.109	2.443	0.015*
บริโภคอาหารไขมันสูง (บริโภคผัก ผลไม้เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-4.148	-0.168	2.555	0.011*
บริโภคอาหารหวาน (บริโภคผัก ผลไม้เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-5.364	-0.188	2.941	0.003*
บริโภคอาหารเค็ม (บริโภคผัก ผลไม้เป็นกลุ่มอ้างอิง)	-6.680	-0.167	2.926	0.004*
การออกกำลังกายเป็นประจำ	6.078	0.246	5.093	< 0.001*

ตัวแปร	$\bar{X}$	Beta	t	p-value
การออกกำลังกายเป็นประจำ	6.078	0.246	5.093	< 0.001*
การจัดการความเครียดได้	3.180	0.123	2.773	0.006*
แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่	1.403	0.105	2.325	0.021*

\*p-value < 0.05 , Constant = -80.753, R square = 0.31

จากตาราง 3 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า จากทั้งหมด 15 ตัวแปร เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ เพศหญิง (p-value=0.015), การบริโภคอาหารไขมันสูง (p-value=0.011), การบริโภคอาหารหวาน (p-value=0.003), การบริโภคอาหารเค็ม (p-value=0.004), การออกกำลังกายเป็นประจำ (p-value < 0.001), การจัดการความเครียดได้ (p-value=0.006) และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ (p-value=0.021)

ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ (beta=0.246) รองลงมาได้แก่ การจัดการความเครียดได้ (beta=0.123), เพศหญิง (beta=0.109), แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ (beta=0.105), การบริโภคอาหารเค็ม (beta=-0.167), การบริโภคอาหารไขมันสูง (beta=-0.168) และการบริโภคอาหารหวาน (beta=-0.188) ตามลำดับ โดยทั้ง 6 ตัวแปรพยากรณ์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 ได้ร้อยละ 31 สำหรับตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นอสม. การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน

การรับรู้บทบาทหน้าที่ อสม. และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 2 นำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ข้อของการวิจัย ได้ดังนี้

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.4 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.7 และเมื่อพิจารณารายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากในทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2562 จากการสำรวจโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.3 และรายองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากในทุกด้าน เมื่อพิจารณาในเขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2562 ข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.0



(กองสุขศึกษา, 2563) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน มีคะแนนสูงสุดและต่ำสุดที่แตกต่างกันมาก สะท้อนให้เห็นความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

นอกจากนี้เป้าหมายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องการให้ประชาชนมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป มีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (กองสุขศึกษา, 2563) ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้พบว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไว้ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า ในเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก ในปี 2563 และ ปี 2562 คิดเป็น ร้อยละ 47.4 และ ร้อยละ 48.0 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมหรือยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มอสม. ในเขตสุขภาพที่ 2 ปัจจุบันอาจยังไม่พบรูปแบบแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงทำให้พบว่าจำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก ยังคงใกล้เคียงกันในทุก 2 ปี ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไปให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่กระบวนการขับเคลื่อนให้มีการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้สูงขึ้น โดยเริ่มจาก อสม.เป็นอันดับแรก จะส่งผลให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2 พบปัจจัยที่มีอิทธิพลดังนี้

1. เพศหญิง มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมายถึง อสม.ที่เป็นเพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า อสม.เพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jane E. Corrarino ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า เพศหญิงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าเพศชายถึงร้อยละ 12.0 อาจเนื่องมาจากเพศหญิง มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการเจ็บป่วย จึงมีความตั้งใจศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำมาสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแบบอย่างต่อคนในครอบครัว (Jane E., 2013) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ อสม.เป็นเพศหญิง จึงอาจมีผลทำให้เกิดอิทธิพลของตัวแปรเพศหญิง ซึ่งหากมีการกระจายกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน จะทำให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพศชายอาจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลด้วยเช่นกัน จึงควรทำการศึกษาเพื่อเติมต่อไป

2. การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นประจำ มีอิทธิพลทางลบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. หมายถึง อสม.ที่มีการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็มเป็นประจำมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับอสม.ที่บริโภคผัก ผลไม้สดเป็นประจำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีเป็นประจำ มักเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอาหาร (Food literacy) ซึ่งมีความสามารถขั้นพื้นฐานในการบริโภคเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหารและการบริโภคเพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพโดยการเลือกบริโภคอาหารอย่างฉลาด (Truman E. and Elliott C., 2019)

ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย อสม.ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นประจำ เป็นอันดับแรก ให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นผัก ผลไม้ สด เป็นประจำ จะทำให้กลุ่ม อสม.ดังกล่าวมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และสามารถเป็นบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

3. การออกกำลังกายเป็นประจำ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมายถึง อสม.ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า อสม.ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gibney S. and Doyle G. ซึ่งพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ครึ่งละอย่างน้อย 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Gibney S. and Doyle G, 2017) อาจเนื่องมาจากการออกกำลังกายทำให้มีความเข้าใจและมีความสนใจเกี่ยวกับการป้องกันก่อนการเกิดโรค (Primary prevention) มากยิ่งขึ้น

4. การจัดการความเครียดได้ มีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. หมายถึง อสม.ที่มีการจัดการกับความเครียดได้ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า อสม.ที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jatunn G. and Jeff S. ได้ทำการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Jatunn G. and Jeff S., 2014)

5. แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. หมายถึง เมื่อคะแนนแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 1.403 หน่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก แรงจูงใจจะกระตุ้นให้เกิด

ความพยายามเรียนรู้หาข้อมูลเพิ่มเติมในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อลดความกังวลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง และยอมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะมีความมั่นใจว่าเมื่อปฏิบัติแล้วจะมีสุขภาพที่ดี เกิดเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคคลอื่นต่อไปในชุมชน (ธัญชนก ชุมทอง และคณะ, 2559) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ อสม.เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้นเป็นแรงจูงใจ จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.มากขึ้น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จรรยาภรณ์ ป้องเจริญ และ ยุคนธ์ เมืองช้าง, 2559) ดังนั้นเมื่อมีแรงจูงใจเพิ่ม มากขึ้น จะนำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วย

### สรุปผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ เพศหญิง การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายเป็นประจำ การจัดการความเครียดได้ และแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นในการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม.ในเขตสุขภาพที่ 2 จึงควรออกนโยบายเพื่อกระตุ้นตามปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ จะทำให้ช่วยประหยัดงบประมาณของรัฐบาล และนำไปสู่การวางแผนการทำงานเพื่อมุ่งสู่ผลสำเร็จในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เมื่อ อสม.มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะเป็นต้นแบบให้กับคนในชุมชน และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ อาจมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้เป็นปัจจัยที่ค้นพบจากกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ทำให้เห็นภาพรวมเพื่อที่จะวางแผนเป็นนโยบายการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณโครงการที่จำเป็นสำหรับแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ให้มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด อย่างไรก็ตามหากต้องการพิจารณาตัวแปรที่เจาะจงในแต่ละจังหวัดที่อาจมีรายละเอียดของบริบทที่แตกต่างกัน อาจทำการศึกษาเพิ่มเติมในรายจังหวัด เพื่อให้ทราบตัวแปรที่เจาะจงได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างห่างกันมาก และมีคะแนนการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีความใกล้เคียงกัน รวมทั้งการรับรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นตามไปด้วย

## เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กองสุกศึกษา. (2563). ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/index/315>

กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ spss for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพฯ ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จรุงฤกษ์ ป้องเจริญ และ ยุคนธ์ เมืองช้าง. (2559). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 60-70. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 320-332. ัญชนก ขุมทอง, วิจารณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 3(6), 67-68.

ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2564). รายงานอสม. ระดับประเทศ. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564, จาก <http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/osm/province.php>

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2. (2562). รายงานสรุปการดำเนินงาน ประจำปี 2562. พิษณุโลก: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก.

Bloom B. S., Hastings J. T. , Madaus G. F. , & Baldwin T. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning (1st ed.). New York: McGraw-Hill.

- Gibney S, and Doyle G. (2017). Self-rated health literacy is associated with exercise frequency among adults aged 50+ in Ireland. *European Journal of Public Health*, 27(4), 755-761.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2012). *Multivariate Data Analysis* (7th Ed.). New York: Pearson Education International.
- Health Data Center. (2564). บุคลากรทางการแพทย์. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2564, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Jane E. (2013). Health Literacy and Women's Health: Challenges and Opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 257-264.
- Jatunn G, and Jeff S. (2014). The Relationship of Health Literacy to the Stress Level of Informal Caregivers. *The International Journal of Literacies*. 20(1), 1-12.
- Ngamjarus C., & Chongsuivatwong V. (2016). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epide-miological Study on a Smart Device. *Siriraj Medical Journal*, 68.
- Truman E, and Elliott C. (2019). Barriers to Food Literacy: A Conceptual Model to Explore Factors Inhibiting Proficiency. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(1), 107-111.

สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง  
Executive Competence of the Sub-district Health Promoting Hospitals,  
Trang Province

อมรเดช ทองโอเอี่ยม

Amorndej Thong-o-iam

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังคีรี

Wang Khiri Sub-district Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดตรัง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ประชากรศึกษาคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐานโดยทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way analysis of variance) ทดสอบค่าเอฟ (F-test) กรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไปกรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน จะเปรียบเทียบพหุคูณ (Post hoc multiple comparisons) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละคู่ด้วยวิธี LSD

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรศึกษามีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับสูง อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาและขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่แตกต่างกัน ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอควรออกติดตาม เยี่ยมเยียนผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ทุกคนตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง

คำสำคัญ : สมรรถนะผู้บริหาร

## Abstract

The research aims to evaluate the level of executive competence and analyze the factors related to the executive competence of directors at the sub-district health promoting hospitals in Trang Province. The study is regarded as survey research. The population of the study was the 125 directors of the sub-district health promoting hospitals in Trang Province. The questionnaire was used as the instruments of the study and its reliability was at 0.94. The data were analyzed by using the frequency, mean ( $\bar{X}$ ), and standard deviation (S.D.). To test the statistical significance level of the hypothesis, a t-test was used to determine a significant difference between the means of paired samples. One-way analysis of variance and F-test were used to determine whether the means of three samples or more groups were different. In case that the means of the groups, at least paired data, were different, the post hoc multiple comparisons and Fisher's Least Significant Difference (LSD) were used to compare means of paired data.

The results of the study revealed that 1) in overall, the population of the study, directors at the hospitals, had a high level of the executive competence, 2) there was the significant difference in terms of the age, duration of work, and performance of the directors at the 0.01 level, 3) there was the significant difference in terms of the average monthly income, the working period of being the director of the hospital, and the executive competence at 0.05, and 4) there was no statistical significance in terms of the different gender, marital status, educational level, and size of the hospitals, and the executive competence. It is recommended that government officials who are responsible for district and provincial works should visit directors at sub-district health hospitals to ensure that directors are aware of improving their performance and competence.

**Keywords :** Executive competence

## บทนำ

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขยกฐานะสถานบริการปฐมภูมิ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นผู้บริหาร ผู้ได้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน การพัฒนาต้องมุ่งเน้นสมรรถนะการบริหาร ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติงานภายใต้หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี หรือการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงและมีความต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญคือ กล้าตัดสินใจ ถูกต้องและรวดเร็ว (รุ่ง จันทะวงศ์, 2555: 39)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้บริหารของหน่วยงาน ต้องเตรียมการเพื่อเป็นผู้บริหารที่ดี มีวิสัยทัศน์และมีรูปแบบการพัฒนาบริการเป็นที่พึงพอใจผู้ใช้บริการ แต่ผลการศึกษาของ วิลาวลัย ผุสสิงห์ (2550: 46) ศึกษาความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า หัวหน้าสถานีอนามัยมีความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติการอยู่ระดับที่ควรปรับปรุง มากถึงร้อยละ 41.5 และมีความรู้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของอนุชา วรหาญ (2551: 42) ศึกษาความสามารถการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดกาญจนบุรีพบว่าหัวหน้าสถานีอนามัยมีความสามารถบริหารงานด้านบริหาร บริการและด้านวิชาการอยู่ระดับต่ำ ต่อมาในปี 2552 สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดสมรรถนะผู้บริหารเพื่อประกอบการคัดเลือกข้าราชการเข้าสู่ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการประสานงาน 2) การวางแผนกลยุทธ์ 3) การคิดเชิงวิเคราะห์ 4) ภาวะผู้นำ 5) การทำงานชุมชนเชิงรุก แต่ผลการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพบว่ายังมีปัญหาอุปสรรค ทั้งนี้ เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งมีภารกิจที่ต้องปฏิบัติจำนวนมาก แต่บุคลากรในสำนักงานไม่เพียงพอต่อการดูแลภารกิจดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องการประเมินของเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2563 พบว่าสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2563: 39)

จังหวัดตรัง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 125 แห่ง โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้บริหาร บุคลากรดังกล่าวจำเป็นต้องมีบทบาทต่อการประสานงานกับชุมชน กับเพื่อนร่วมงานและภาคีเครือข่าย หากมีสมรรถนะที่ดีและเพียงพอจะส่งผลสำเร็จต่อการปฏิบัติงาน จังหวัดตรัง ยังไม่เคยประเมินสมรรถนะของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการศึกษาเพื่อประเมินว่าสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง เป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารประกอบการตัดสินใจกำหนดยุทธศาสตร์ และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของผู้บริหารแต่ละสถานบริการ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการที่ต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน
2. ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) นี้ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม 2564 ประชากรศึกษาคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง จำนวน 125 คน

ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประยุกต์หลักเกณฑ์ รูปแบบ และวิธีสร้างแบบสอบถาม จากหนังสือการประเมินผลโครงการ: หลักการ วิธีการประเมินผลงาน และโครงการ (เวคิน นพินิตย์, 2550: 26) ส่วนสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแบบสอบถามตามที่สำนักงาน ก.พ. ได้กำหนด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) คำตอบให้เลือก 5 ระดับ ได้แก่ สูงมาก=5 คะแนน สูง=4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน ต่ำ=2 คะแนน และต่ำมาก =1 คะแนน แบ่งระดับคะแนนสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์ของ ออร์พันท์ อินติมานนท์ (2555: 30) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับสมรรถนะ
1.00 - 2.33 คะแนน	ต่ำ
2.34 - 3.66 คะแนน	ปานกลาง
3.67 - 5.00 คะแนน	สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability test) โดยกลุ่มตัวอย่างอำเภอเมืองและอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับประชากรศึกษา และหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94



การเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในแบบสอบถาม จำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูล และวิธีตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากที่สุด ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอย่างใกล้ชิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติตามสมมติฐานโดยทดสอบค่าที (t-test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) ในกรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป กรณีพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกัน

จะทำการเปรียบเทียบพหุคูณโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทีละคู่ด้วยวิธี LSD

### ผลการวิจัย

ประชากรศึกษา จำนวน 125 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 55.2) อายุ 51-55 ปี (ร้อยละ 38.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84.0) การศึกษาจบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 95.2) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 40,001-50,000 บาท (ร้อยละ 39.2) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน 26-35 ปี (ร้อยละ 55.2) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล  $\leq 5$  ปี (ร้อยละ 38.4) และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง (ร้อยละ 60.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน) (n=125)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	56	44.8
	หญิง	69	55.2
2. อายุ (ปี)			
	$\leq 50$ ปี	47	37.6
	51-55 ปี	48	38.4
	$\geq 56$ ปี	30	24.0
3. สถานภาพสมรส			
	โสด	11	8.8
	สมรสคู่	105	84.0
	หม้าย/หย่า/แยกกัน	9	7.2

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน) (n=125)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา			
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6	4.8
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	119	95.2
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
	≤40,000 บาท	36	28.8
	40,001-50,000 บาท	49	39.2
	≥50,001 บาท	40	32.0
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน			
	≤25 ปี	32	25.6
	26-35 ปี	69	55.2
	≥36 ปี	24	19.2
7. ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
	≤5 ปี	48	38.4
	6-14 ปี	40	32.0
	≥15 ปี	37	29.6
8. ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล			
	ขนาดเล็ก	46	36.8
	ขนาดกลาง	76	60.8
	ขนาดใหญ่	3	2.4

การประเมินสมรรถนะรายด้านพบว่าด้านการประสานงาน การคิดเชิงวิเคราะห์ ภาวะผู้นำและการทำงาน  
ชุมชนเชิงรุกอยู่ระดับสูง ส่วนการวางแผนกลยุทธ์อยู่ระดับปานกลาง ภาพรวมอยู่ระดับสูง (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายเป็นด้านสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=125)

สมรรถนะผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	คะแนน 1 จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน 2 จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน 3 จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน 4 จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน 5 จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับสมรรถนะ ผู้บริหาร
1. ด้านการประสานงาน	17 (13.6)	18 (14.4)	20 (16.0)	34 (27.2)	36 (28.8)	4.28	0.39	สูง
2. ด้านการวางแผนกลยุทธ์	25 (20.0)	20 (16.0)	19 (15.2)	30 (24.0)	31 (24.8)	3.66	0.38	ปานกลาง
3. ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์	22 (17.6)	21 (16.8)	20 (16.0)	29 (23.2)	33 (26.4)	3.77	0.49	สูง
4. ด้านภาวะผู้นำ	10 (8.0)	17 (13.6)	26 (20.8)	35 (28.0)	37 (29.6)	4.36	0.29	สูง
5. ด้านการทำงานชุมชนเชิงรุก	17 (13.6)	16 (12.8)	24 (19.2)	33 (26.4)	35 (28.0)	4.20	0.48	สูง
ภาพรวม						4.05	0.38	สูง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศและระดับการศึกษาที่ต่างกัน สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	( $\bar{x}$ )	S.D.	t-test	p-value
เพศ					
ชาย	56	4.10	0.31	0.82	0.409
หญิง	69	4.05	0.36		
ระดับการศึกษา				0.35	0.722
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6	4.12	0.42		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	119	4.07	0.33		

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสและขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่แตกต่างกัน สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	( $\bar{x}$ )	S.D.	t-test	p-value
อายุ				8.88	0.000**
≤50 ปี	47	3.96	0.27		
51-56 ปี	48	4.05	0.25		
≥56 ปี	50	4.27	0.45		
สถานภาพสมรส				0.321	0.726
โสด	11	4.00	0.24		
สถานภาพสมรสคู่	105	4.07	0.34		
หม้าย/หย่า/แยกกัน	9	4.11	0.41		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				4.37	0.015*
≤40,000 บาท	36	3.96	0.28		
40,001-50,000 บาท	49	4.05	0.30		
≥50,001 บาท	40	4.18	0.39		
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน				6.54	0.000**
≤25 ปี	32	3.95	0.27		
26-35 ปี	69	4.05	0.31		
≥36 ปี	24	4.27	0.41		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	( $\bar{x}$ )	S.D.	t-test	p-value
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				4.68	0.011*
≤5 ปี	48	3.98	0.27		
6-14 ปี	40	4.05	0.23		
≥15 ปี	37	4.20	0.45		
ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				0.39	0.677
ขนาดเล็ก	46	4.04	0.33		
ขนาดกลาง	76	4.09	0.34		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	( $\bar{x}$ )	S.D.	t-test	p-value
ขนาดใหญ่	3	4.10	0.27		
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05					
**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01					

กลุ่มอายุต่างกัันมีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อยู่ 2 คู่ คือกลุ่มอายุ  $\geq 56$  ปี มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงกว่ากลุ่มอายุ  $\leq 50$  ปี และกลุ่มอายุ 51-55 ปี (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระหว่างอายุต่างกััน โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

อายุ	คะแนนเฉลี่ย	$\leq 50$ ปี	51-55 ปี	$\geq 56$ ปี
	( $\bar{x}$ )	3.96	4.05	4.27
$\leq 50$ ปี	3.96	-	0.09 (0.158)	0.31 (0.003) **
51-55 ปี	4.05		-	0.22 (0.004) **
$\geq 56$ ปี	4.27			-

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p-value

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกััน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อยู่ 1 คู่ คือกลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $\geq 50,001$  บาท มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงกว่ากลุ่มรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $\leq 40,000$  บาท (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกััน โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	คะแนนเฉลี่ย	$\leq 40,000$ บาท	40,001- 50,000 บาท	$\geq 50,001$ บาท
	( $\bar{x}$ )	3.96	4.05	4.18
$\leq 40,000$ บาท	3.96	-	0.09 (0.196)	0.22 (0.004)**
40,001-50,000 บาท	4.05		-	0.13 (0.070)
$\geq 50,001$ บาท	4.18			-

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p-value

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน สมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อยู่ 2 คู่ คือกลุ่มอายุ  $\geq 36$  ปี มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสูงกว่ากลุ่มอายุ  $\leq 25$  ปี และกลุ่มอายุ 26-35 ปี (ตาราง 7)

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน โดยวิธี LSD เป็นรายคู่

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย	$\leq 25$ ปี	26-35 ปี	$\geq 36$ ปี
	( $\bar{x}$ )	3.95	4.05	4.27
$\leq 25$ ปี	3.95	-	0.01 (0.158)	0.32 (.001)**
26-35 ปี	4.05		-	0.22 (0.006)**
$\geq 36$ ปี	4.27			-

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p -value

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อยู่ 1 คู่ คือ กลุ่ม  $\geq 15$  ปี มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่ม  $\leq 5$  ปี และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 1 คู่ คือกลุ่ม  $\geq 15$  ปี มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลสูงกว่า 6-14 ปี (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลระหว่างระยะเวลาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างกันโดยวิธี LSD เป็นรายคู่

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	คะแนนเฉลี่ย	$\leq 5$ ปี	6 - 14 ปี	$\geq 15$ ปี
	( $\bar{x}$ )	3.98	4.05	4.20
$\leq 5$ ปี	3.98	-	0.07 (0.351)	0.22 (.003)**
6-14 ปี	4.05		-	0.15 (0.045) *
$\geq 15$ ปี	4.20			-

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ p -value

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## อภิปรายผล

สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาพรวมอยู่ระดับสูง ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กำหนดสมรรถนะการคัดเลือกข้าราชการเข้าสู่ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานงาน การวางแผนกลยุทธ์ การคิดเชิงวิเคราะห์ภาวะผู้นำ และการทำงานชุมชนเชิงรุก ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข จึงตระหนักกับการพัฒนางานและภารกิจอื่นที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการแสวงหาความรู้ให้กับตนเอง โดยเฉพาะสมรรถนะหลักของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของเพลินใจ โพธิ์เงิน (2558: 48) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระนอง พบว่าสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับสูง และสอดคล้องผลการศึกษาของรุ่ง จันทะวงศ์ และคณะ (2555: บทคัดย่อ) ศึกษาสมรรถนะการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าสมรรถนะการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเดโช จันทรสว่าง (2557: 52) ศึกษาสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ประชากรศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งเพศชายและเพศหญิง

มักจะทำให้ความสำคัญกับภารกิจงาน ชอบแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการพัฒนางานและการพัฒนาตนเองค่อนข้างสูง ทั้ง ๆ ที่ปัจจุบันก็มีความรู้หลากหลาย แต่คิดว่าคงไม่เพียงพอต่อการพัฒนาคุณภาพงาน จึงมีผลให้การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และตามภารกิจไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของมินทร์ลดา จิระประภาสุรวงษ์ (2555: 53) ศึกษาสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เพศต่างกันมีสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องการศึกษาของชวนพิศ จักรสุวรรณ (2557: 69) ศึกษาสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสวัสดิ์ โพธิ์ศรี (2559: 59) ศึกษาสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพังงา พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเพศต่างกัน มีสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุพบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้งแต่วันบรรจุเป็นข้าราชการ ถึงปัจจุบัน มีประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง คำแนะนำหรือคำชี้แนะจากคณะผู้निเทศงาน ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอและจังหวัด มีผลให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึงแม้ว่าจะอยู่ต่างวัยแต่มุ่งมั่น ปฏิบัติงานอย่างจริงจังตั้งใจและตระหนัก

ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของมณีรัตน์เจริญศิลป์ และสุพัตรา หมื่นรอด (2556: 72) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จันทบุรี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของเดโช จันทร์สว่าง (2557: 52) ศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนสถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขถึงแม้ว่าสถานภาพสมรสต่างกัน แต่ก็มีเวลาและให้ความสำคัญกับการพัฒนางานและกิจกรรมต่าง ๆ ในหน่วยงานไม่ต่างกัน โดยเฉพาะการชวนช่วย การเรียนรู้การใฝ่รู้ต่อภารกิจ รวมทั้ง การเสริมสร้างสมรรถนะของตนเอง ซึ่ง สอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของเดโช จันทร์สว่าง (2557: 52) ศึกษาสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของมินทร์ลดา จิรประภาสุรวงษ์ (2555: 53-54) ศึกษาสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันมีสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของชวนพิศ จักรสุวรรณ (2557: 69) ศึกษาสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิจิตร พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการศึกษาต่างกันมีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เพราะสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นองค์ความรู้ใหม่และมีความเฉพาะแตกต่างกับวิชาชีพอื่น กอปรกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนดสมรรถนะสนับสนุนข้าราชการแสดงพฤติกรรมเหมาะสมกับหน้าที่และส่งเสริมให้ปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงส่งผลให้แต่ละคนมีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาศึกษาของสุปราณี ยมพุก (2554: 60) ศึกษาสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของศตวรรษ กล่าดิษฐ์ (2560: 58) ศึกษาสมรรถนะที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายผลิตในอุตสาหกรรมการผลิตสายไฟฟ้า กรณีศึกษาบริษัทสายไฟฟ้าไทย-ยากจำกัด พบว่าพนักงานฝ่ายผลิตที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีสมรรถนะที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายผลิตในอุตสาหกรรมการผลิตสายไฟฟ้าแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาศึกษาของรุ่ง จันทะวงศ์และคณะ (2555: บทคัดย่อ) ศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรีพบว่าระดับการศึกษาต่างกัน มีสมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05



สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีรายได้เล็กน้อย จะให้ความสำคัญกับเวลาการปฏิบัติงานหรือมีโอกาสแสวงหาความรู้ใหม่ๆ น้อยกว่า ต้องตระหนักต่อการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อความอยู่รอดซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธรรมบุญ บุญจันทร์ (2556: 63) และชวนพิศ จักรสุวรรณ (2557: 69) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพนมพร อบรัมย์ (2554: 62) ศึกษาสมรรถนะด้านบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดชุมพรพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกันมีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เป็นเพราะว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอายุราชการหลายปี มักจะตระหนักและตั้งใจต่อการปฏิบัติงาน และสามารถจัดแบ่งเวลาเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากกว่า ส่วนกลุ่มอื่น ๆ จะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่และมีประสบการณ์ต่ำกว่า ขาดความตระหนัก และให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเองค่อนข้างน้อย และสอดคล้อง ผลการศึกษาของมินทร์ลดา จิรประภาสุรวงษ์ (2555: 54) ศึกษาสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินใจ โพธิ์เงิน (2558: 48) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระนอง พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการต่างก็มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เป็นเพราะว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาหลายปี ย่อมมีประสบการณ์การทำงานในฐานะผู้บริหารมากกว่า มีความเชื่อมั่นมากขึ้นทั้งในส่วนของตัวเองและผู้ใต้บังคับบัญชาสิ่งเหล่านี้เป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของรุ่ง จันทะวงศ์ และคณะ (2555: บทคัดย่อ) และสุปราณี ยมพุก (2554: 59-60) พบว่า ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างกันมีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมบุญ บุญจันทร์ (2556: 63) ศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เป็น เพราะการกำหนดขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องนำปัจจัยประชากรในเขตรับผิดชอบมาพิจารณา เป็นไปได้ว่าบทบาทตาม

ภารกิจงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ว่าจะเป็นขนาดเล็ก ขนาดกลางหรือขนาดใหญ่จะมีภารกิจหลักและกิจกรรมอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน และประเด็นสำคัญคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง จะมีบุคลากรสาธารณสุขหลายวิชาชีพ กอปรกับแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีภาคีเครือข่ายเช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหรือองค์กรต่าง ๆ ช่วยดูแลงานส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการบริหารงาน ควบคุม กำกับ และประสานงานกับภาคีเครือข่าย ส่งผลให้แต่ละคนมีสมรรถนะผู้บริหารไม่ต่างกัน สอดคล้อง การศึกษาของเพลินใจ โพธิ์เงิน (2558: 48) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระนอง พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้อง ผลการศึกษาของสวัสดิ์ โพธิ์ศรี (2559: 59-60) ศึกษา สมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างกัน มีสมรรถนะผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องการศึกษาของ มณีรัตน์ เจริญศิลป์ และสุพัตรา หมั่นรอด (2556: 72) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว จันทบุรี พบว่าขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประสานงาน การคิดเชิงวิเคราะห์ ภาวะผู้นำ และการทำงานชุมชนเชิงรุก แต่ด้านการวางแผนกลยุทธ์อยู่ระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ ควรออกติดตาม เยี่ยมเยียนผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้แต่ละคนตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง พัฒนาระบบงานและเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อทราบข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นจริงมากที่สุดหรือวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อเกิดการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกัน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒน์พานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณนายจำเริญ ชาญชัย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ) นายรัชพล สัมฤทธิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนายสันติ ใจจ้อง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

ชวนพิศ จักรสุวรรณ. (2557). สมรรถนะของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพิจิตร. พิจิตร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

เดโช จันทร์สว่าง. (2557). สมรรถนะผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

ธรรมบุญ บุญจันทร์. (2556). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พนมพร อบแย้ม. (2554). สมรรถนะด้านการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดชุมพร. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เพลินใจ โพธิ์เงิน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดระนอง. ระนอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

มินทร์ลดา จิรประภาสุรวงษ์. (2555). สมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปัตตานี ปัตตานี. ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

มณีรัตน์ เจริญศิลป์ และสุพัตรา หมิ่นรอด. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จันทบุรี: โครงการการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออก.

รุ่ง จันทะวงศ์ และคณะ. (2555). สมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เวคิน นพินิตย์. (2550). การประเมินผลโครงการ: หลักการ วิธีการประเมินผลงาน และโครงการ. นนทบุรี: S.R. Printing Mass Products Co., Ltd.

วิลาวัลย์ ผุสสิงห์. (2550). ความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

ศตวรรษ กล่ำดิษฐ์. (2560). สมรรถนะที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายผลิตในอุตสาหกรรมการผลิตสายไฟฟ้า กรณีศึกษา บริษัทสายไฟฟ้าไทย-ยาสูบ จำกัด. ภาคนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ.

สุปราณี ยมพุก. (2554). สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนปฏิบัติการเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563.

สวัสดิ์ โพธิ์ศรี. (2559). สมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

อรพันธ์ อันติมานนท์. (2555). หลักพื้นฐานในการวิจัยสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อนุชา วรหาญ. (2551). ความสามารถในการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดกาญจนบุรี. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

ความเครียดและการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช  
ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช  
Coping with stress of psychiatric in-patient , s caregivers at  
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

วรรณณี สิทธิศักดิ์, จีรภา แก้วเขียว  
Wanee Sitthisak, Jeerapa Kaewkiaw  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช  
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน – 31 ธันวาคม พ.ศ 2563 จำนวน 100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย 3) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล และ 4) แบบประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และ .75 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติแจกแจง ความถี่ร้อยละ การคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน

ผลการศึกษา พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 42 -107 คะแนน ( $\bar{x} = 82.55$  ,SD = 11.87) ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (2) การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 103.71$  ,SD = 8.41) (3) วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านในวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญปัญหาสูงที่สุด ( $\bar{x} = .43$  ,SD = .03) รองลงมาเป็นการจัดการปัญหาทางอ้อม ( $\bar{x} = .37$  ,SD = .04) และแบบการจัดการอารมณ์น้อยที่สุด ( $\bar{x} = .20$  ,SD = .02) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จะมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วย มีการปรับตัวและปรับพฤติกรรมเข้าหากัน ลักษณะการเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลมีความพยายามที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ลดลง ดังนั้นทีมพยาบาลจึงควรประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งจะมีส่วนในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความเครียด, การเผชิญความเครียด

## Abstract

The purpose of this descriptive research were to assess the level of stress and coping strategies in caregivers for patients with psychotic disorder. The sample consisted of 100 caregivers who attended the patients with psychotic disorder the medicine department at Maharat Nakhon si thammaraj Hospital between 22 September -31 December 2020 .The sample were purposely selected. The instruments were used to collect data as follows (1) Demographic data record forms of caregivers and patients with psychotic disorder (2) The Perceived stress Questionnaire (PSQ), and the Jalowiec coping scale (JCS). Content validity was verified by Three experts. The reliability of Perceived stress Questionnaire (PSQ), and the Jalowiec coping scale (JCS). was 0.73. and 0.75 ,Data were analyzed by descriptive statistics.

The results of this study were as follows (1) The stress caregivers for patients with psychotic disorder was at medium level. ( Range 42 -107 ;  $\bar{x}$ = 82.55 ,SD = 11.87) (2) The coping was at medium level ( $\bar{x}$  = 103.71 ,SD = 8.41) (3) All caregivers used a combination of coping strategies. The proportion of coping strategies the caregivers used the highest was confrontive coping strategies. The results of this can be used to help and plan to promote mental health of caregivers to effectively cope with stress.

**Keywords :** Stress, Coping with stress

## บทนำ

โรคทางจิตเวช (Psychiatric disorders) เป็นอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ความจริงเสียไป รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท อันจะทำให้การทำงานด้านร่างกาย และจิตใจบกพร่อง (มานโซ หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ประชากรทั่วโลกกว่า

450 ล้านคนได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO, 2001) โดยเฉพาะโรคทางจิตเวชพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรผู้ใหญ่ ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูง ตลอดจนการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมพิจารณาจากจำนวนปีที่ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ

(Disability Adjusted Life Years; DALYs) ถึงร้อยละ 13 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บทั้งหมด (WHO, 2004) ในประเทศไทยโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แต่ละปีมีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลมากกว่า 2.5 ล้านครั้ง สถิติปี 2560 มีจำนวน 2,669,821 ครั้ง โดยพบมากที่สุดเป็นโรคจิตเภท (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560). สถิติผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2560-2562 มีจำนวน 989 ราย 1,086 ราย และ 1,072 ราย ตามลำดับกลุ่มโรคที่พบมาก คือ กลุ่มพฤติกรรมแปรปรวนจากสารเสพติด จำนวน 1,418 ราย รองลงมา กลุ่มสมองเสื่อม จำนวน 670 ราย และโรคจิตเภท จำนวน 521 ราย (เวชสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) ซึ่งโรคทางจิตเวชก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ ทั้ง ด้านเศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพาสูง จึงเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลช่วยเหลือทุกด้านที่ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาสูง ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (ฉวีวรรณแสงสว่าง, 2560 ; สุภาวดี นาคสุขุมและคณะ, 2560) ส่งผลให้ดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วยความเร่งรีบเหนื่อยล้า อาจก่อให้เกิดความเครียดในระยะยาวได้ ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ (อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์, 2550 ; วนรัตน์ สิงใส, 2555)

ความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคล ต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งอันตราย/สูญเสียความเป็นอิสระ คุกคามหรือทำลาย (ศุภกาญจน์ โสภาส, มุกดา เดชประพนธ์และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557)

จากปัจจัยบุคคลและสถานการณ์ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของปัญหาหรือเหตุการณ์เฉพาะหน้าในขณะนั้น รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้และเศรษฐกิจของครอบครัว (ผ่องไพโรธรรม กล้าจน, อรรณพ นันถิ์ตรง, ธงชัย วงศ์เสนา, 2561, ; Leonhart et al., 2015) และแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลประเมินความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ บุคคลที่อยู่คนเดียวไม่มีแรงสนับสนุนของครอบครัว จะเกิดความเครียดได้สูง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นตัวทำนายต่อระดับความเครียด ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นได้อย่างลงตัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลให้เกิดความเครียดย่อมเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต มยุรี ตานินทร์, (2552). ซึ่งระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลมีระดับที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญและแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้ รวมทั้งระยะความรุนแรงของโรค (ศิริพรรณ ปิติมานะอารี, 2550; ศุภกาญจน์ โสภาส, มุกดา เดชประพนธ์และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2557) ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อต่อสู้กับความเครียดเพื่อทำให้ความเครียดเบาบางลงโดยใช้วิธีการเผชิญความเครียดในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่การเผชิญความเครียด ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำที่บุคคลจะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งบุคคลอาจจะเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์นั้นโดยตรงหรือพยายามจัดการกับความรู้สึกของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกสมดุล ลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ แบ่งการเผชิญความเครียดออก เป็นสองลักษณะ

คือการเผชิญความเครียดลักษณะมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งอารมณ์ (Emotion-focused coping) ต่อมาจาโลวิต (Jalowice, 1988) ได้ขยายแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมนโดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็นสามด้าน คือด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) และการจัดการปัญหาทางอ้อม (Palliative coping)

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน สถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชปี 2560-2562 มีจำนวน 344, 425 และ 512 รายตามลำดับ ( เวชสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การบริการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มศักยภาพของบุคลากร ให้มีความรู้ในการประเมินความเครียด พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึงลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าความเครียดเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลโดยที่แต่ละบุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกันและในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันในแต่ละเวลาแตกต่างกันที่เป็นเช่นนั้นเพราะแต่ละบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกันโดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่งขึ้นกับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เผชิญขณะนั้น

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช โดยเก็บข้อมูลในขณะที่มาดูแลผู้ป่วยซึ่งนอนพักรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มาดูแลผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและมีอำนาจในการตัดสินใจที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 22 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ดูแลผู้ป่วย

ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่น้อง ปู่ย่าตายาย ป้า น้าอา 2) ไม่ได้รับค่าจ้างจากการดูแลผู้ป่วย 3) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล 3) อายุ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร พูดคุย และฟังภาษาไทยเข้าใจ และ 5) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสารทั้งการพูดและการเขียนได้ และ 3) ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง

คุณสมบัติผู้ป่วยได้แก่ 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคทางจิตเวชโรคหลัก (รหัส ICD -10: F10-F19, F00-F09, F20-F29, F30-F39, F40-F48) และโรครอง (รหัส ICD-10 :T432, T491, T430, T391, G 20, G 259, G 251) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559). และ 3) ผู้ป่วยไม่ซ้ำกัน

**การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** (Sample size estimation) โดยการวิเคราะห์ อำนาจการทำนาย (Power analysis) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (Level of significance) คือ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.8 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.3 เป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางอ้างอิงจากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แสงสว่าง (2558) และการศึกษาของศุภกาญจน์ โอภาส, มุกดา เดชประพันธ์และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2559) และจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามและข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 20 รวมเป็น 100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังกล่าว

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หมายเลขเอกสารรับรองที่ 57/2563 ลงวันที่ 21 กันยายน 2563 ผู้วิจัยประสานขอหมายผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ขณะเก็บข้อมูลแนะนำตัวกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานและกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยความสมัครใจและมีสิทธิยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาการที่มาโรงพยาบาล การวินิจฉัย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อาชีพ รายได้ ผู้สนับสนุนการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ผู้ช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จากแบบวัดการรับรู้ความเครียดของเลเวนสไตน์ และคณะ (Levenstein, et al., 1993) อ้างในกิริติญา ไทยอยู่, 2558) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 22 ข้อ และ



ข้อความทางลบ 8 ข้อ ลักษณะเป็นการประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีการให้ความหมายแต่ละค่าคะแนน คือ ไม่เคย หมายถึงผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย เป็นบางครั้งหมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นบางครั้ง บ่อย ๆ หมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นบ่อย ๆ เป็นประจำ หมายถึงผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลคะแนนความเครียดของผู้ดูแล คะแนนรวม ระหว่าง 30 - 120 คะแนนแบ่งระดับคะแนนความเครียดเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนน 30-60 หมายถึงมีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 61-90 หมายถึงมีความเครียดระดับปานกลางช่วงคะแนน 91-120 หมายถึงมีความเครียดระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิค (Jalowiec, 1988) ฉบับที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542) ซึ่งมีข้อคำถาม 36 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ ลักษณะเป็นการประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ความหมายแต่ละค่าคะแนน ดังนี้ ไม่เคย (1) หมายถึง ไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย นาน ๆ ครั้ง (2) หมายถึง ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน บางครั้ง (3) หมายถึง ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บ่อยครั้ง (4) หมายถึง ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง และเกือบทุกครั้ง (5) หมายถึง ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้ ทุกครั้ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการเผชิญความเครียดแปลผลคะแนน 2 วิธีดังนี้ 1) การคำนวณคะแนน

จริงคือคะแนนรวมที่ได้จากคะแนนรายข้อคะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่าง ๆ มาก คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนนแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดดังนี้ ค่าคะแนน 36-84 หมายถึงใช้การเผชิญความเครียดน้อย ค่าคะแนน 85-132 หมายถึง การเผชิญความเครียดปานกลาง และค่าคะแนน 133-180 หมายถึงการเผชิญความเครียดมาก 2) คะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) คือค่าที่ได้จากการคำนวณสัดส่วนของค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแต่ละด้านต่อผลรวมค่าเฉลี่ยการเผชิญความเครียดจากทุกด้านคะแนนสัดส่วนใดมากหมายถึงผู้ป่วยดูแลใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้น ๆ มากเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0 - 1 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับการใช้การเผชิญความเครียดในด้านนั้น ๆ ดังนี้ค่าคะแนน 0.01- 0.33 หมายถึงใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ น้อยค่าคะแนน 0.34 - 0.67 หมายถึงใช้การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ ปานกลางและค่าคะแนน 0.68 - 1.00 หมายถึงใช้ การเผชิญความเครียดรายด้านนั้น ๆ มาก (ศุภกาญ จันโอภาส รัตนากร, มุกดา เดชประพนธ์ และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2559, สุภาวดี นาคสุขุม และคณะ, 2560)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดจากแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived stress Questionnaire : PSQ) และการวัดการเผชิญความเครียด ของจาโลวิค (Jalowiec, 1988)

ปรึกษาทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการเรียนการสอนสุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรมและอาจารย์ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

**การหาความเชื่อมั่น** ได้นำแบบประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มที่จะดำเนินการวิจัย จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้เท่ากับ .73 และ.75 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเขียนตอบแบบสอบถามเพื่อเข้าร่วมเก็บข้อมูลวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยซึ่งเป็นการประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในขณะที่ทำการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล เมื่อเกิดความเครียดใช้วิธีการอะไรมาจัดการกับความเครียด โดยให้ตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด กรณีกลุ่มตัวอย่างสงสัย หรือมีปัญหาให้ซักถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ หลังจากได้แบบสอบถามคืน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในกรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกหรือสายตาไม่ดีผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกตอบแบบสอบถามทีละข้อและทำหน้าที่บันทึกลงในแบบสอบถามนั้น

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science/for windows) วิเคราะห์ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2) วิเคราะห์ระดับความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
3) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยสถิติ Paired t-test และ4) คำนวณคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการประเมินความเครียดในแต่ละด้าน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553 )

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นเพศชาย ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่อายุช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89 สถานภาพโสด ร้อยละ 47 สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 68 ระยะเวลาเจ็บป่วย 1 - 6 เดือน ร้อยละ 68 การวินิจฉัยโรคหลัก คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและแอลกอฮอล์ (Mental and behavior disorder due to psychoactive substance use:F10-F19) ร้อยละ 44 รองลงมา เป็นโรคจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและหลงผิด (Schizophrenia, schizotypal and delusion disorder :F20-F29) ร้อยละ 23.0 และความผิดปกติทางอารมณ์(Mood affective disorder :F30-F39) ร้อยละ 22 ส่วนกลุ่มวินิจฉัยโรครองร้อยละ 10 เป็นกลุ่มที่รับประทานยาเกินขนาดและเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาโรคทางจิตเวช ได้แก่ 4-Aminophenol derivatives (T491) , Drug - induced tremor (G251) , Extra pyramidal and movement disorder (G259) ,Other and unspecified Antidepressants (T432) ,Tricyclic and tetracyclic antidepressants (T430) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลโรคหลัก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 ส่วนใหญ่อายุช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 27.8 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7 นับถือศาสนาพุทธ

ร้อยละ 88.6 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา /อนุปริญญา ร้อยละ 49.0 ส่วนใหญ่เป็น พ่อ - แม่ ของผู้ป่วย ร้อยละ 52.2 รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5000 บาท ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 41.1 มีผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย ร้อยละ 60 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.7 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 5 คน ร้อยละ 66.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 มีผู้ช่วยเหลือถ้ามีเรื่องฉุกเฉิน ร้อยละ 98.9

**กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลโรคเรื้อรัง** เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่อายุช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 30.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80.0 การศึกษา

ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่เป็นพ่อ - แม่ ร้อยละ 40.0 รายได้ 5001 - 10,000 บาท ร้อยละ 40 อาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 40 รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 40.0 มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 5 คน ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30 และทุกรายมีผู้ช่วยเหลือกรณีมีเรื่องฉุกเฉิน

**ด้านความเครียด** กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนความเครียดอยู่ระหว่าง 42 - 107 โดยคะแนนรวมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 82.55 และ 11.87 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีความเครียดในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับต่ำ	4	4	30-60	42-58	50.00	7.23
ระดับปานกลาง	70	70	61-90	61-90	79.64	11.45
ระดับสูง	26	26	91-120	91-107	95.38	13.73
รวม	100	100	30-120	42-107	82.55	11.87

**การเผชิญความเครียดทั้งสามด้านของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=103.71, SD = 8.41$ ) มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญหน้าปัญหา การจัดการปัญหาทางอ้อม และการจัดการอารมณ์ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) ซึ่งเป็นการบอกสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละด้านในวิธีการเผชิญความเครียดพบว่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญปัญหาสูงที่สุด ( $\bar{X}= .43, SD = .03$ ) รองลงมาเป็นการจัดการปัญหาทางอ้อม ( $\bar{X}= .37, SD = .04$ ) ดังตารางที่ 2 - 3

**ตารางที่ 2** ระดับการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

การเผชิญความเครียด	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญปัญหา	13-65	32-60	44.51	4.86
การจัดการอารมณ์	9-45	10-29	20.22	3.49
การจัดการปัญหาทางอ้อม	14-70	29-54	38.98	5.37
รวม	36-180	87-129	103.71	8.41

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด	คะแนนสัมพัทธ์
	คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
การเผชิญปัญหา	.43 (.03)
การจัดการอารมณ์	.20 (.02)
การจัดการปัญหาทางอ้อม	.37 (.04)

การเปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มโรคหลักและโรครองจากการศึกษา พบว่าความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลักและกลุ่มโรครองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4-5

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลโรคหลักและกลุ่มโรครอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p
ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลัก	90	3.454	.216	1.168	.173
ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรครอง	10	3.373	.112		

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่าง การเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลโรคหลักและกลุ่มโรครอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	t	p
ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลัก	90	2.963	.282	.963	.188
ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรครอง	10	2.875	.202		

## อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีเคียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 82.55, SD = 11.87$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77 สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) พบว่าผู้ดูแลเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่จะมีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และพบว่าผู้ดูแลยังมีบทบาทในการหารายได้หลักมาใช้ในการดูแลครอบครัว อีกทั้งในสังคมไทยบทบาทเพศหญิงจะมีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องไพรธรรม กล้าจนและคณะศึกษาความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดโดยรวมในระดับปานกลางประกอบด้วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ - แม่ ร้อยละ 52 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี นาคสุขุมและคณะ (2560) ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดและความคาดหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดแล้วพบว่าความเครียดของมารดาอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องมาจากมารดาเป็นผู้ผูกพันใกล้ชิดในการเลี้ยงดู เอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมเวลาที่ใช้ในการดูแลและปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีแนวโน้มขัดแย้งกับบทบาทอื่นๆ ที่มีอยู่แล้ว ความขัดแย้งดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด ประกอบกับจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 41 - 50 ปี ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แสงสว่าง (2560) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาทพบว่า ความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้ มีครอบครัวคอยสนับสนุน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลา ช่วง 1- 6 เดือน ร้อยละ 57 และ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 33 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานพอควร ส่วนการรักษาที่เข้ามาร่วมกันหลายตัวซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยจึงต้องมีการพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นหลัก (ขวัญพนมพร ธรรมไทย, 2561)

การเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 103.71, SD = 8.41$ ) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ดูแล มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้าปัญหา การจัดการปัญหาทางอ้อม และการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องแนวความคิดของจาโลวิก (1988) การเลือกใช้การเผชิญความเครียดที่ผสมผสานกันแต่จะใช้ด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าหรือน้อยขึ้นกับสถานการณ์และบริบทของแต่ละบุคคล เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์แบบการเผชิญหน้ากับปัญหาสูงที่สุด ( $\bar{X} = .43, SD = .03$ ) ซึ่งเป็นลักษณะการเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลยังมีความพยายามที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ลดลงหรือหมดไป (มยุรี ตานินทร์, 2552) จากลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา-มารดา ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยบิดาหรือมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงพยายามที่จะแสวงหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ในการเผชิญความเครียดเพื่อให้การดูแลบุตรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (ชนิษฐา นันทบุตร, 2551 เทียนทอง ทาระบุตร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษา ณชนก เอียดสุขุ,ศุภรวงศ์ วัฑฒญและสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, (2555) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง

พบว่าการใช้การเผชิญความเครียดพบสูงสุดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมาคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ซึ่งใช้น้อยสุดและการศึกษาของสุภาวดี นาคสุขุมและคณะ (2560) ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดและความคาดหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดแล้วพบว่า มารดาจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหามากกว่ามุ่งเน้นอารมณ์จึงพยายามหาทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยการปรับที่จิตใจซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีในตนเอง ความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วย นอกจากนี้การศึกษาศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลักและกลุ่มโรครองระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมาก และบุคคลสามารถนำเอาประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้และเมื่อบุคคลอายุ มากขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาจัดการกับความเครียดมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นสิ่งส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จะมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีความเข้าใจและทัศนคติที่ดี มีการปรับตัวและปรับพฤติกรรมเข้าหากันลักษณะการเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลมีความพยายามที่จะแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ลดลงดังนั้นทีมการพยาบาลจึงควรประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียด เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการเปลี่ยนแปลงภาวะ

อารมณ์ของผู้ป่วยและให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งจะมีส่วนในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดทิศทางการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและเหมาะสม
2. กลุ่มตัวอย่างพบความเครียดระดับปานกลาง ควรมีการติดตามหรือส่งทีมเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ด้านบริการสุขภาพจิต เพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมซึ่งจะมีส่วนในการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ
3. กลุ่มที่มีความเครียดระดับสูงโรงพยาบาลควรรีบประเมินและจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างรีบด่วนเพื่อให้การช่วยเหลือฟื้นฟูด้านสุขภาพจิตตลอดจนค้นหาความเสี่ยงในผู้ดูแลที่มีความเครียดระดับต่ำวางมาตรการการป้องกันในระยะแรกเริ่มรวมทั้งการประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในระยะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน
2. ควรมีการศึกษาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากมีระยะเวลาการดูแลที่นานมากกว่าโรคอื่น ๆ เพื่อค้นหาและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.( 2560) .การป้องกันโรค: มาตรการและทางเลือก นโยบายที่มีประสิทธิผล พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ :โรงพิมพ์วนิดาการพิมพ์.

กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข.(2560).สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. กীরติญา ไทอยู่. (2558). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน : แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล.

ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2561) ศึกษาความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น [สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563] จาก<https://madlab.cpe.ku.ac.th>

ฉวีวรรณ แสงสว่าง.(2558).ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณชนก เอียดสุข,ศุภร วงศ์วาทัญญูและสุชีราชัย วิบูลย์ธรรม.(2556) .ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอรับการผ่าตัดสมอง. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 19(3):349-364.

เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ,บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). บทบาทของครอบครัวและการดูแลครอบครัว. ในพิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคจิตเภทสงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. ตำราโรคจิตเภท (หน้า239-304).

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย

ปราณี มิ่งขวัญ.(2542).ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องไพโรธรรม กล้าจน, อรรณพ นัถือตรง, ธงชัย วงศ์เสนา. (2561). ความเครียดของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดอุบลราชธานี, วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 7(1) : 35-44.

มยุรี ตานินทร์. (2552). ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี. [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก :มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.

มานิช หล่อตระกูล, และปรำโหมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

- วนรัตน์ สิงใส.(2555). การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ, วันธณี วิรุฬห์พานิชและพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2562).ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39 ( 2) : หน้า 48-61
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนากร, มุกดา เดชประพนธ์และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด,รามธิบดีพยาบาลสาร, 21(2): 158-171.
- สุภาวดี นาคสุขุมและคณะ. (2560) ความเครียดวิธีการเผชิญความเครียดและความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. การประชุมวิชาการและการ นำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนา ประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน” ปี 2560 :945-967.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ . (2559). บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับภาษาไทย ICD-10 TM . สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์.(2556) การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 11 (3) : 43 -56.
- Jalowice,A.,and O.L.Strickland,eds. (1988). Confirmatory factor analysis of the jalowice coping scale in C.F.Waltz. Measurement of nursing outcome volume one : measurement client outcomes. New York: Springer Publishing Company; 1988
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer
- Leonhart, R., et al .(2015). Connections between physical symptom severity, health anxieties, perception of the disease, emotional stress and quality of life in one sample of Chinese breast cancer patients. Journal of Psychosomatic Research, 78(6), 609.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) Nursing Research: Principles and Methods. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- World Health Organization. (2016). Schizophrenia Fact sheet. Retrieved from: : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>



ผลการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแผงลอยริมบาทวิถี  
ด้วยวิธีการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ กรณีศึกษาเทศบาลเมืองทุ่งสง  
The results of the development of sanitation standards for food stalls along  
the sidewalk with the method of organizing the learning process with  
the participation of entrepreneurs  
A case study of Thung Song Municipality

พิสันต์ เพชรภรณ์

Pisan petcharaporn

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการทำงาน และประเมินผลความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการทำงานไปใช้จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถี และ (2) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการรับรู้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง ทั้งหมด 100 คน ที่สมัครใจเข้าร่วม ในการวิจัย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารของกรมอนามัย และแบบสำรวจความพึงพอใจ ที่มีต่อการดำเนินงานสำหรับผู้ประกอบการแผงลอย ซึ่งเป็นแบบสำรวจที่ประยุกต์ใช้จากแบบสำรวจของกรมอนามัยเช่นกัน และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กระบวนการ A-I-C) ใช้ Mind map เป็นเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นหลัก

ผลการวิจัย พบว่าก่อนการจัดกระบวนการมีแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.00 และแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 42.00 หลังจัดกระบวนการผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.00 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 5.00 ผลการตรวจทางด้านชีวภาพของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อนการจัดกระบวนการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ร้อยละ 65.40 พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 48.33 และพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 49.00 และหลังการจัดกระบวนการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ร้อยละ 4.40 พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์ ร้อยละ 11.00 และพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ 20.50 โดยประเด็นที่พบว่าแผงลอยยังผ่านเกณฑ์

มาตรฐานอยู่ในระดับที่ต่ำเป็นส่วนมากคือ การรวบรวมมูลฝอย และเศษอาหารเพื่อนำไปกำจัด น้ำแข็งที่ใช้บริโภค และการจัดวางชั้น ส้อม ตะเกียบ นอกจากนี้ยังมีมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อตามหลักการ D-M-H-T-T-A ผลการวิจัยที่ได้จากการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน พบว่ารูปแบบการจัดกระบวนการที่เหมาะสมคือ การนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจก่อนการจัดกระบวนการมาวางแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกับตัวแทนผู้ประกอบการ และส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้เรียนรู้และร่วมกันหาแนวทางการยกระดับมาตรฐานแผงลอยจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมลงตัวกับบริบทของพื้นที่ ส่งเสริมให้มีชมรมผู้ประกอบการแผงลอย และให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลทางสุขาภิบาลอาหารทั้งในแผงลอยของตนเองและของคนที่เกี่ยวข้องโครงการ

**คำสำคัญ :** แผงลอยริมบาทวิถี, กระบวนการ A-I-C, มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

## Abstract

Action research has designed to develop a working model and evaluate the success resulting from the implementation of the work model with the purpose of (1) to develop a model for organizing a participatory learning process for those involved in street food stalls; and (2) to study the effect of developing awareness of food sanitation standards by organizing the learning process. The population of this study consisted of 100 food stall entrepreneurs in the area of Thung Song Municipality. Quantitative data collection using the food stalls inspection form of the Department of Health and satisfaction survey towards operations for stall operators. This is a survey that is also applied from the survey of the Department of Health and qualitative data collection Collected from the participatory learning management process (A-I-C process). Use Mind map as a tool for collecting data. Data analysis Quantitative data uses percentage and mean values for data analysis qualitative data Use content-based analysis.

The results showed that before the process, there were 58.00 percent of food stalls that passed the criteria and 42.00 percent of the food stalls that did not pass the criteria. After the process, 95.00 percent of them passed the criteria and not 5.00 percent of them. Biological examination results of food stalls before the process 65.40% of coliform bacteria were found in food, 48.33 percent of coliform bacteria were found in the equipment and 49.00 percent of coliform bacteria were found in the hands of food handlers. Bacteria coliform

in food 4.40 percent. Coliform bacteria were found in 11.00 percent of equipment and coliform bacteria were found in food handlers' hands at 20.50 percent. Garbage collection and food waste to be disposed of Edible ice and the arrangement of spoons, forks, and Chopsticks. There are also measures to prevent infection according to the D-M-H-T-T-A principle. Research results obtained from collaborative learning process. It was found that the appropriate process management model was using the information obtained from the survey before the process is used to plan the learning activities together with the entrepreneur representatives and encourage participants to learn and jointly find ways to raise food stall standards that are suitable for the context of the area Encourage the establishment of a stall operator club and allowing entrepreneurs to participate in collecting food sanitation data both in their own stalls and those of those participating in the project.

**Keywords :** Food stalls along the sidewalk, A-I-C process, Food sanitation standards.

## บทนำ

อาหารแผงลอยริมบาทวิถี หรืออาหารริมทาง (Street Food) หมายถึง อาหารและเครื่องดื่มสำเร็จรูป ที่จัดวางจำหน่ายอยู่ริมถนน ทางเท้า ทางเดินรถ พื้นที่สาธารณะมีทั้งที่เป็นซุ้มขายอาหาร รถเข็นริมทาง รถบรรทุกอาหารและเป็นส่วนหนึ่งของการรับประทาน อาหารในชีวิตประจำวันที่พร้อมรับประทานได้ทันที เข้าถึงได้ง่าย ราคาถูกกว่าอาหารทั่วไป และเป็นที่ยอมรับของคนในท้องถิ่น (Boonpienpon, 2017; National Food Institute, 2017) เพราะสามารถตอบสนองวิถีชีวิตที่เร่งรีบ และไลฟ์สไตล์ของคนรุ่นใหม่ที่ยอมรับ รับประทานอาหารนอกบ้านและชอบการเดินทางท่องเที่ยว (Liu, Zhang, & Zhang, 2014; Chantawibul, 2017) โดยมีปัจจัยดึงดูดที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารริมทาง คือความหลากหลายของอาหาร และปัจจัยผลักดัน คือ ความต้องการหลีกเลี่ยงสิ่งจำเจในชีวิตประจำวัน (Sangtoop & Agmapisarn, 2018)

อย่างไรก็ตามอาหารริมทางรับรู้ได้ถึงความเสี่ยงในด้านสุขภาพเนื่องจากขาดการควบคุมสิ่งสาธารณสุขูปโภค ความสะอาด ความปลอดภัยสุขอนามัยของพื้นที่จัดเตรียม และตัวผู้ประกอบการ และการบริการพื้นฐาน (Trafialek, J., et al., 2018) ดังนั้นหลักการในการบริหารจัดการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าที่มีความหลากหลาย ต่อการพัฒนาอาหารริมทาง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งหลักการหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับคือ STREET Concept ประกอบด้วย Sanitation (การสุขาภิบาล), Taste (รสชาติ), Reaching (การเข้าถึง), Enjoy eating (ความสุขในการรับประทาน), Economic (ราคาเหมาะสม), and Thainess (มีเอกลักษณ์ไทย) (นพรัตน์ บุญเพียรผล, 2560) ในขณะที่กรมอนามัยได้มีข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหารไว้ จำนวน 12 ข้อ (คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ, 2557)

การเกิดโรคระบาดโคโรนาไวรัส 2019 ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง ร้านอาหารริมบาทวิถีก็ได้รับผลกระทบไม่แพ้ธุรกิจอื่น ต้องปิดการจำหน่ายกันถ้วนหน้า แต่ท่ามกลางวิกฤตย่อมเกิดโอกาสที่ทำให้ได้เรียนรู้ เพื่อความอยู่รอดและเดินหน้าต่อซึ่งได้รับบทเรียนหลายประการ โดยเฉพาะช่วงคลายล็อกเฟส 5 ร้านอาหารริมบาทวิถีได้กลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง แต่ต้องปรับตัวเข้าสู่วิถีใหม่เพื่อควบคุมและป้องกันโรคระบาด เกิดรูปแบบใหม่ของการดำเนินธุรกิจที่สมควรนำมาเป็นบทเรียนเพื่อพัฒนาระดับร้านอาหารริมบาทวิถีให้ได้มาตรฐาน คือ จะต้องพัฒนาตัวร้านอาหารริมบาทวิถีให้เข้าสู่วิถีใหม่ ให้มีความเป็นระเบียบมากยิ่งขึ้นต้องมีเจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนเข้าตลาดหรือร้านอาหารต้องมีที่ปกปิดอาหาร มีที่กันและเว้นระยะห่างที่โต๊ะ/เก้าอี้ นั่งกินข้าวและระหว่างคนซื้อและคนขาย มีการล้างตลาดหรือบริเวณจุดขายบ่อยมากขึ้น ผู้สัมผัสอาหาร ทั้งผู้ปรุงประกอบอาหาร ผู้จำหน่ายอาหาร และพนักงานเสิร์ฟ จะต้องได้รับการพัฒนาให้เข้าสู่วิถีใหม่ในการให้บริการ เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ปรุงอาหารต้องสวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ใส่ง้ากันเปื้อนและสวมถุงมือจับต้องอาหารที่จะเสิร์ฟ ส่วนผู้เสิร์ฟอาหารต้องสวมหน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือบ่อย ๆ และที่สำคัญคือผู้สัมผัสอาหารต้องเพิ่มการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองให้มากขึ้น และ ต้องพัฒนาผู้บริโภคให้มีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น วิถีใหม่ต้องใส่ใจทำจนกลายเป็นสุขวิทยาส่วนบุคคลติดตัวตลอดไป คือ กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ จะช่วยลดความเสี่ยงติดเชื้อได้มาก ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเชื้อโควิด-19 แต่รวมถึงเชื้อโรคหลายชนิด ตัวผู้บริโภคต้องสวมหน้ากากอนามัยและรักษา ระยะห่าง เมื่อไปยื่นสั่งอาหารและนั่งกินตามร้าน

ที่สำคัญผู้บริโภคต้องเลือกซื้อและบริโภคเฉพาะร้านอาหารริมบาทวิถีที่ตัวร้านและผู้สัมผัสอาหารปฏิบัติตามข้อกำหนด นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์การยกระดับมาตรฐานอาหารริมบาทวิถี เพื่อสร้างความมั่นใจและสนับสนุนการท่องเที่ยวและสุขภาพ โดยต้องจัดให้มีการอบรมมาตรฐานสุขภาพอาหาร การสร้างกลไกให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนนำร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านอาหารริมบาทวิถี ให้มีทักษะในการจัดการร้านอาหารริมบาทวิถี และ ให้มีความรับผิดชอบต่อผู้บริโภคและสังคมมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเครือข่ายเพื่อเป็นพลังการขับเคลื่อนงาน พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้มีความฉลาดรอบรู้ด้านอาหารและโภชนาการให้มากขึ้น และจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทำให้ทราบว่า การยกระดับมาตรฐานด้านสุขภาพอาหารแบบสร้างการมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดผลสำเร็จสูง อย่างเช่น ผลการศึกษาวิจัยของ สมกานต์ ทองกล้วย, (2550) ภัทริกา ต่างใจเย็น และคณะ, (2552) และนฤมล วีระพันธ์ และปรณี ทองคำ, (2550) และรูปแบบการสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ A-I-C ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากการวิจัยของ กันนิษฐา มาเห็ม และพัฒน์ ศรีโอษฐ์ ที่ได้ใช้ A-I-C สำหรับการเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุและจากเอกสารประกอบการเสวนาของ อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์ เรื่อง เทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน

เทศบาลเมืองทุ่งสงเป็นเมืองใหญ่มีประชาชนมาจับจ่ายสินค้าด้านอาหารเป็นจำนวนมาก เป็นเมืองสำคัญทางด้านโลจิสติกส์ ด้านการท่องเที่ยวและกีฬา โดยอำเภอทุ่งสงเป็นที่ตั้งของโรงเรียนกีฬาจังหวัด นครศรีธรรมราช ในแต่ละปีทำให้มีกลุ่มคนเข้ามาในเขตเทศบาลจำนวนมาก

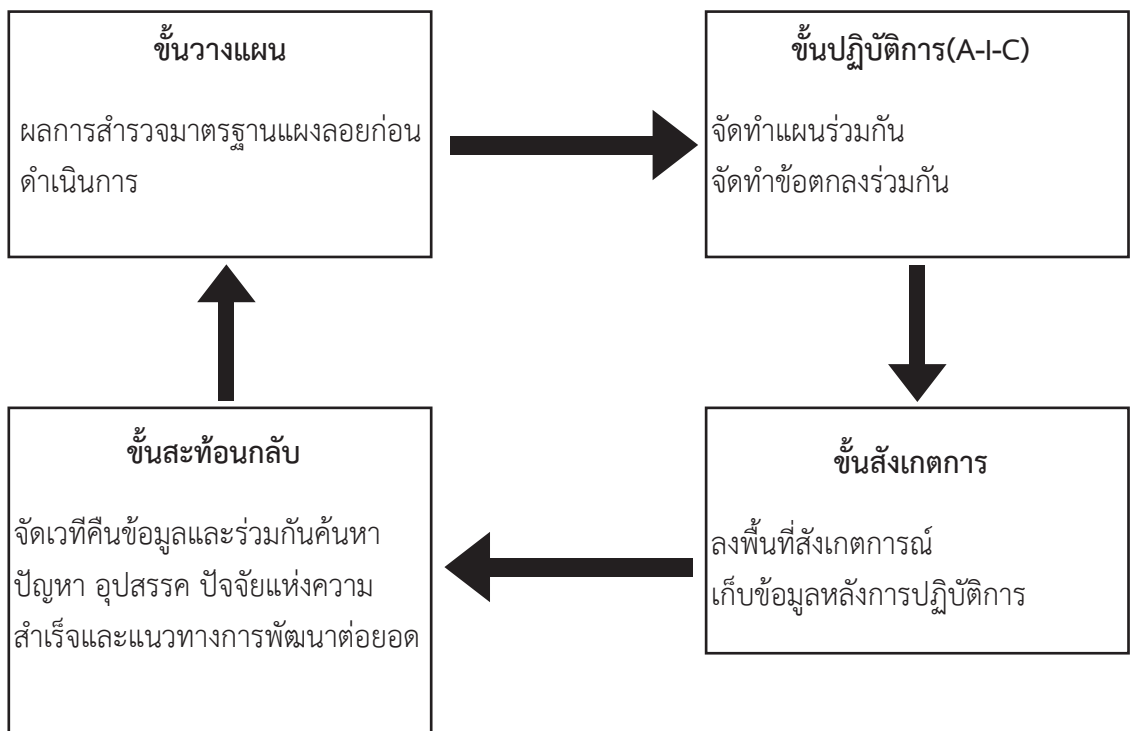
ทั้งนักกีฬา ผู้เข้าชม และนักท่องเที่ยว อาหารริมบาทวิถีเป็นส่วนหนึ่งที่กลุ่มบุคคลดังกล่าวได้ใช้บริโภค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารปรุงสำเร็จ รับประทานง่าย สะดวก การเข้าถึงง่าย ราคาจำหน่ายที่ไม่แพง เป็นเอกลักษณ์และได้สืบทอดวัฒนธรรมของการกินและการแสดง แต่การจำหน่ายอาหารยังไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร จากการเก็บข้อมูลจำนวนแผงลอยจำหน่ายอาหาร ทั้งหมด 100 แผง ของเทศบาลเมืองทุ่งสงเมื่อปี 2563 พบว่า มีแผงลอยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 58.00 โดยประเด็นที่แผงลอยผ่านเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับที่ต่ำเป็นส่วนมากคือ การรวบรวมมูลฝอย และเศษอาหารเพื่อนำไปกำจัดน้ำแข็งที่ใช้บริโภคและการจัดวางช้อน ส้อม ตะเกียบ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลร้านจำหน่าย

อาหารในระดับจังหวัด จึงต้องการยกระดับมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารโดยการพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ประกอบการซึ่งรูปแบบที่ได้จากการวิจัยสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น หรือการพัฒนางานอื่น ๆ ที่มีลักษณะการดำเนินงานรูปแบบเดียวกัน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถี
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการรับรู้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารด้วยการจัดกระบวนการเรียนรู้

### กรอบแนวคิด



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงาน และประเมินผลความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบการทำงานไปใช้จริง จึงเลือกใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้

## ประชากรที่ศึกษา

ผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง ทั้งหมด 100 แผงโดยเลือกจากผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นผู้ประกอบการแผงจำหน่ายอาหาร ที่เปิดจำหน่ายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 ครั้ง เป็นผู้ประกอบการ ประเภทของอาหารที่จำหน่ายเป็นอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคทุกประเภทอาหาร ทั้งที่ปรุงจากที่อื่นและปรุงที่แผงจำหน่าย และเป็นผู้ประกอบการ ทั้งแผงจำหน่ายอาหาร ที่จัดสถานที่และไม่จัดสถานที่ไว้บริการให้รับประทานบริเวณที่จำหน่าย และจะคัดออกเมื่อผู้ประกอบการแผงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ตลอดโครงการ และแผงที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลหลังกิจกรรมการวิจัยได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประชากรทั้งหมดสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้

## การเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบตรวจมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหาร และชุดตรวจโคลีฟอร์มแบคทีเรีย (SI 2) ของกรมอนามัย แบบสำรวจความพึงพอใจที่มีต่อการ ดำเนินงานสำหรับผู้ประกอบการแผงลอย ซึ่งเป็นแบบสำรวจที่ประยุกต์ใช้จากแบบสำรวจของกรมอนามัยเช่นกัน

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณทั้งแบบตรวจมาตรฐาน และตรวจหาการปนเปื้อนแบคทีเรีย ผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนผู้ประกอบการเป็นผู้เก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลหลักจะเก็บสองครั้ง คือ ก่อนจัดกระบวนการและหลังจัดกระบวนการ 1 เดือน นำข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บจากกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กระบวนการ A-I-C) โดยใช้ Mind map เป็นเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บจากการลงสังเกตการณ์ในสถานที่จำหน่ายอาหารจริงของผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นหลัก

## กระบวนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเป็นแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกระบวนการวิจัยดังนี้ คือ **ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน**

ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมวิจัยและผู้วิจัยร่วมคือ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากเทศบาลเมืองทุ่งสงและผู้มาชุมชน รวมทั้งหมด 6 คน เพื่อกำหนดรูปแบบและขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งการออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

## ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

2.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยใช้แบบตรวจแผงลอยจำหน่ายอาหารของกรมอนามัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลก่อนเริ่มทำกิจกรรม

2.2 จัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้เครื่องมือ A-I-C ระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่และทีมวิจัย พร้อมทั้งจัดทำข้อตกลง เพื่อให้ได้ผลที่ได้จากการจัดกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาสำหรับการจัดกระบวนการ 2 ครั้ง ครั้งละ ครึ่งวัน โดยการ จัดครั้งที่สองห่างจากการจัดครั้งแรก 3 วัน

การจัดกระบวนการครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการได้สะท้อน สภาพที่เป็นอยู่ใน

อดีตจนถึงปัจจุบัน และสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในอนาคตโดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และใช้ Mind map เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล ที่ได้จากการจัดกระบวนการ

การจัดกระบวนการครั้งที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมกระบวนการได้ร่วมกันจัดทำ Road map เพื่อให้ไปถึงสภาพในอนาคตที่คาดหวัง โดยให้ช่วยกัน คิดว่า ใคร ต้องทำอะไร ทำอย่างไร และทำเมื่อไหร่ โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิด กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และใช้ บันได ผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จาก การจัดกระบวนการ

### ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ Road map เพื่อให้ ไปถึงสภาพในอนาคตที่คาดหวัง และได้นำไปปฏิบัติจริงสำหรับการประกอบการแพ่งจำหน่ายอาหาร ทีมวิจัย จะลงพื้นที่ภาคสนามตลอดระยะเวลา 1 เดือน เพื่อ ติดตามประเมินผลและเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้ วิธีการสังเกตการณ์ โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยลงพื้นที่ ภาคสนาม อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการนำ Road map ที่ได้ลงไปปฏิบัติจริง รวมทั้งการ สังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินการ ตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติตามแผน และเก็บข้อมูลมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารสำหรับแพ่งจำหน่ายอาหาร และข้อมูล ความพึงพอใจ ของผู้ประกอบการแพ่งจำหน่ายอาหาร ที่เข้าร่วมกิจกรรม

### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ

หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ Road map และ ได้นำไปปฏิบัติจริงสำหรับการประกอบการแพ่งจำหน่าย อาหาร เป็นระยะเวลา 1 เดือนแล้ว

ผู้วิจัยจะจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการแพ่งจำหน่ายอาหาร ผู้รับผิดชอบงานของท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และทีมวิจัย หลังจากที่ได้เก็บข้อมูล มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และข้อมูลความพึงพอใจ ของแพ่งล่อยที่เข้าร่วมกิจกรรม แล้ว เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน แบบมีส่วนร่วม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาสำหรับจัดกระบวนการ ครึ่ง วัน โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือ ทีมวิจัย ค้น ข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่สังเกตการณ์ภาคสนาม และข้อมูลที่เก็บได้จากแบบเก็บข้อมูลมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารและข้อมูลความพึงพอใจ โดยเปิด โอกาสให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการสะท้อนข้อมูลที่ทีม วิจัยเก็บได้ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ ให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการช่วยกันวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสสำหรับ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็น ผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยมี ผู้วิจัยจะจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการแพ่งจำหน่ายอาหาร ผู้รับผิดชอบงานของท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และทีมวิจัย หลังจากที่ได้เก็บข้อมูล มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และข้อมูลความพึงพอใจ ของแพ่งล่อยที่เข้าร่วมกิจกรรม แล้ว เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน แบบมีส่วนร่วม 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาสำหรับจัดกระบวนการ ครึ่ง วัน โดยมีกระบวนการที่สำคัญคือ ทีมวิจัย ค้น ข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่สังเกตการณ์ภาคสนาม และข้อมูลที่เก็บได้จากแบบเก็บข้อมูลมาตรฐาน

สุขภาพอาหารและข้อมูลความพึงพอใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการสะท้อนข้อมูลที่มีวิจัยเก็บได้ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการช่วยกันวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสสำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม และใช้ Mind map เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการจัดกระบวนการ

**จริยธรรมวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 032/2564 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2564

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละผลการตรวจตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ก่อน-หลังการจัดกระบวนการ

การตรวจตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหาร	ผลการตรวจตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหาร			
	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ
ก่อนอบรม(N=100)	58	58.00	42	42.00
หลังอบรม(N=100)	95	95.00	5	5.00

โดยประเด็นที่พบว่าแผงลอยยังผ่านเกณฑ์มาตรฐานอยู่ในระดับที่ต่ำเป็นส่วนมากก่อนการจัดกระบวนการคือด้านการรวบรวมมูลฝอย และเศษอาหาร เพื่อนำไปกำจัดด้านน้ำแข็งที่ใช้บริโภคและด้านการจัดวางซ้อน ส้อม ตะเกียบโดยมีแผงลอยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 55, 65 และ 69 ตามลำดับ

**ผลการวิจัย**

ผลการตรวจตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหาร ของผู้จำหน่ายอาหาร พบว่าก่อนการจัดกระบวนการมีแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 58.00 และแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 42.00 หลังการจัดกระบวนการพบว่ามีแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.00 และแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 5.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการตรวจทางสุขภาพอาหารด้านชีวภาพของผู้จำหน่ายอาหาร จากผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง อาหารทั้งหมด 1,000 ตัวอย่าง ก่อนการจัดกระบวนการ พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารจำนวน 327 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 65.40 พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์จำนวน 143



ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 48.33 และพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 98 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 49.00 และหลังการจัดกระบวนการพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร จำนวน 22 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 4.40 พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในภาชนะอุปกรณ์จำนวน 33 ตัวอย่าง

คิดเป็นร้อยละ 11.00 และพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัสอาหาร จำนวน 41 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20.50 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละผลการตรวจตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารของแผนกจ่ายจำหน่ายอาหาร ก่อน-หลังการจัดกระบวนการ

ชนิดตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง	ก่อนการอบรม (N=100)				หลังการอบรม (N=100)			
		พบ (โคลิฟอร์มแบคทีเรีย)	ร้อยละ	ไม่พบ (โคลิฟอร์มแบคทีเรีย)	ร้อยละ	พบ (โคลิฟอร์มแบคทีเรีย)	ร้อยละ	ไม่พบ (โคลิฟอร์มแบคทีเรีย)	ร้อยละ
อาหาร	500	327	65.40	173	34.60	22	4.40	478	95.60
ภาชนะอุปกรณ์	300	143	48.33	157	51.67	33	11.00	267	89.00
มือผู้สัมผัสอาหาร	200	98	49.00	102	51.00	41	20.50	159	79.50

ผลการวิจัยที่ได้จากการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน พบว่ารูปแบบการจัดกระบวนการที่เหมาะสมคือ การนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจก่อนการจัดกระบวนการมาวางแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกับตัวแทนผู้ประกอบการและส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการได้เรียนรู้และร่วมกันหาแนวทางการยกระดับมาตรฐานแผนกจ่ายจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมลงตัวกับบริบทของพื้นที่ ส่งเสริมให้มีชมรมผู้ประกอบการแผนกจ่าย และให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลทางสุขาภิบาลอาหารทั้งในแผนกจ่ายของตนเองและของคนที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดของผลการวิจัยตามขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมวิจัยและผู้วิจัยร่วมเพื่อกำหนดรูปแบบและขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งการออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้คือ ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน

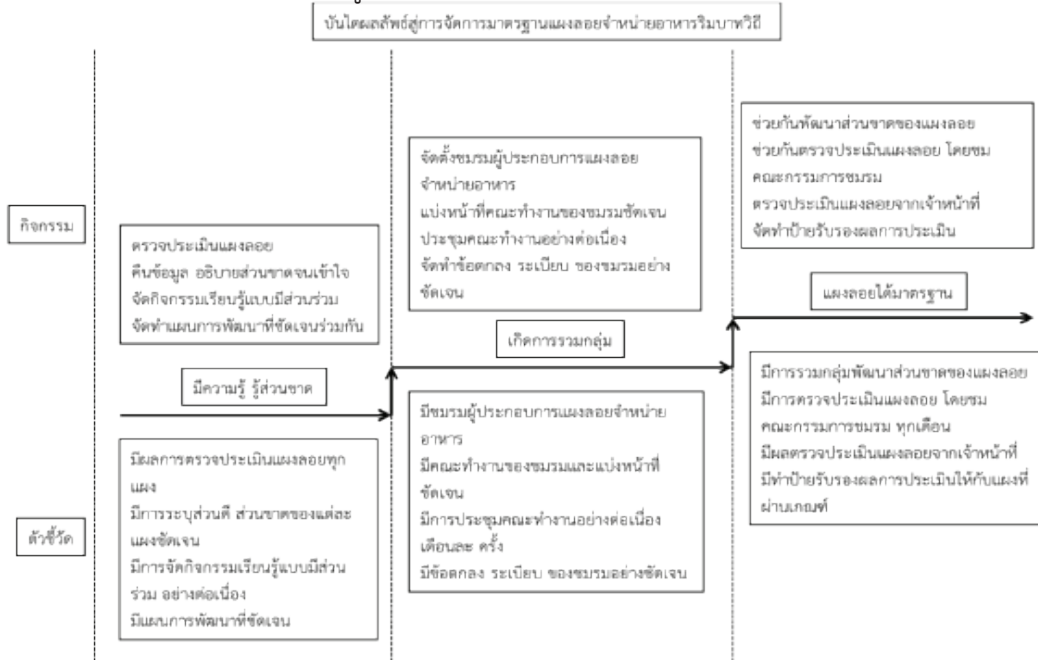
ของเทศบาลเมืองทุ่งสง ตัวแทนผู้ประกอบการและสมาชิกสภาเทศบาลในพื้นที่ทำการวิจัย ผู้ร่วมประชุมได้ร่วมกันวางแผนการวิจัย โดยมีประเด็นที่น่าสนใจคือ ต้องการเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อหาส่วนดีและส่วนขาดด้านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และต้องทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ประกอบการในทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและต้องรับผิดชอบในข้อตกลงที่ร่วมกันสร้างขึ้นมา ดังคำกล่าวของพ่อค้ารายหนึ่งที่ว่า

“คนขายก็ต้องรู้ว่าแผงของเขา ดีหรือไม่ดี ตรงไหนก่อนที่จะลงมือทำ จัดอบรมให้ความรู้ เขาก็จัดมาหลายครั้ง เรานั่งฟังจำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่ถ้าเราเอาส่วนที่ดีของเพื่อนมาพูดแล้วให้เขาเล่าให้ฟังว่าเขาทำอย่างไร เราก็สามารถนำไปทำกับแผงเราได้ ถ้าทำไม่ได้ก็ช่วยกันคิดว่าจะช่วยกันอย่างไรได้บ้าง”

## ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ

จากการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ และทีมวิจัย โดยใช้เครื่องมือ A-I-C พร้อมทั้งจัดทำข้อตกลง เพื่อให้ให้นำผลที่ได้จากการจัดกระบวนการไปสู่การปฏิบัติใช้โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และใช้ Mind map เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจัดกระบวนการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกระบวนการได้สะท้อน สภาพที่เป็นอยู่ในอดีตจนถึงปัจจุบันคือ การจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยต่างคนต่างทำ เกิดการแข่งขันกันระหว่างผู้ค้า การตรวจประเมินแผงลอยถึงแม้ว่าทำได้อย่างต่อเนื่องแต่ยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ประกอบการ

แผนกที่ทราบผลการตรวจแล้วบางแผนกก็ปรับปรุงแก้ไข บางแผนกก็ไม่ได้อะไร และสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต คือต้องการให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ค้าอาหารแผงลอย ความมีข้อตกลงร่วมกันสำหรับการจัดการแผงลอยจำหน่ายอาหาร การปรับปรุงแผงควรให้มีการประยุกต์ให้เกิดความเหมาะสมกับพื้นที่และช่วยกันทำไม่ใช่ต่างคนต่างทำ นอกจากนี้ยังได้ร่วมกันจัดทำ Road map เพื่อให้ไปถึงสภาพในอนาคตที่คาดหวัง โดยให้ช่วยกันกำหนดว่า ใคร ต้องทำอะไร ทำอย่างไร และทำเมื่อไหร่ โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และใช้ บันไดผลลัพธ์ เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากการจัดกระบวนการ โดยมีรายละเอียดของบันไดผลลัพธ์ดังนี้



## ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์

หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ Road map เพื่อให้ไปถึงสภาพในอนาคตที่คาดหวัง และได้นำไปปฏิบัติจริงสำหรับการประกอบการแผงจำหน่ายอาหาร ทีมวิจัยจะลงพื้นที่ภาคสนามตลอดระยะเวลา 1 เดือน เพื่อ

ติดตามประเมินผลและเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ โดย ผู้วิจัยและทีมวิจัยลงพื้นที่ภาคสนาม อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการนำ Road map ที่ได้ลงไปปฏิบัติจริง รวมทั้งการ

สังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติตามแผน และเก็บข้อมูลมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงจำหน่ายอาหาร และข้อมูลความพึงพอใจ ของผู้ประกอบการแผงจำหน่ายอาหารที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่ามีการจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารแผงลอยริมบาทวิถี มีคณะกรรมการพร้อมโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน มีข้อตกลงร่วมกันของสมาชิกชมรม มีการช่วยกันประเมินมาตรฐานแผงลอย มีการแบ่งปันวัสดุอุปกรณ์ และแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านการประเมินมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น และจากการสอบถามผู้ประกอบการพบว่า ผู้ประกอบการเกิดความพึงพอใจกับการพัฒนาส่วนขาดของแผงลอย ดังคำกล่าวของแม่ค้าคนหนึ่งกล่าวว่า

“หลังจากเราประชุมพูดคุยกันทำให้เรารู้ว่าของเราขาดตรงไหน ของเพื่อนดีตรงไหน เราก็แลกเปลี่ยนกัน เราแบ่งปันของกัน เราช่วยกันทำ เราช่วยกันเก็บกวาดพื้นที่ให้สะอาด ตอนนีร้านของเราที่อยู่ที่นี่ มีคนมาซื้อมากขึ้น คนที่มาซื้อก็ชมว่าสถานที่สะอาด จัดเป็นระเบียบ เดินง่าย เรารู้สึกภูมิใจที่เราทำได้”

**ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ**

หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้ Road map และได้นำไปปฏิบัติจริงสำหรับการประกอบการแผงจำหน่ายอาหาร เป็นระยะเวลา 1 เดือนแล้ว ได้จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ประกอบการแผงจำหน่ายอาหารผู้รับผิดชอบงานของท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และทีมวิจัย พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการตามแผนคือเรื่องการจัดการสัตว์และแมลงนำโรคจำพวก หนู แมลงวัน แมลงสาบ และยุง นอกจากนี้เรื่องของการติดตั้งหลอดไฟให้แสงสว่างก็ยังคงกะ รกรุงรั้ง และไม่ปลอดภัย และการจอดรถของผู้มาใช้บริการก็ยังคงจอดกันไม่เป็นระเบียบ

ที่ประชุมจึงได้ร่วมกันหาแนวทางจัดการ สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสสำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการสะท้อนจากผู้ร่วมกระบวนการว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จคือ การได้รู้เขา รู้เรา เปลี่ยนจากการแข่งขันเป็นการก้าวไปด้วยกัน การช่วยเหลือกัน และการลงพื้นที่ของผู้รับผิดชอบงานของเทศบาลอย่างต่อเนื่องการจัดการของผู้ประกอบการแผงลอยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เนื่องจากในช่วงของการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนามาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับแผงลอยจำหน่ายอาหาร ถึงแม้ว่าตามข้อกำหนดของกรมอนามัยที่มีอยู่เดิมไม่ได้มีมาตรการเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่จากการจัดกระบวนการทางผู้ประกอบการและผู้รับผิดชอบงานของพื้นที่ให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (D-M-H-T-T-A) เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัดและเพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยทั้งของผู้ซื้อและผู้ขาย จึงมีมาตรการที่เกี่ยวข้องคือ จัดให้มีทางเข้าออกพื้นที่ 2 ทาง คือที่หัวและท้ายทางเท้า ของบริเวณที่ตั้งแผงลอย จุดเข้าออกมีเครื่องวัดอุณหภูมิ มีเจลล้างมือมีบาร์โค้ด และสมุดลงทะเบียนสำหรับคนเข้ามาในพื้นที่ มีป้ายประชาสัมพันธ์ ให้สวมหน้ากากให้ล้างมือ ให้เว้นระยะห่าง ให้วัดอุณหภูมิและให้ลงทะเบียนเข้าออกพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการให้ลงชื่อ และมีเจลล้างมือบริการของแต่ละแผงลอยเพิ่มเติมแผงลอยที่มีที่นั่งสำหรับรับประทานอาหารส่วนใหญ่จัดที่นั่งไว้เพื่อ รอรับอาหารและไมให้นั่งทานอาหารโดยจัดที่นั่งไว้แบบห่าง ๆ จากการลงพื้นที่ของทีมวิจัยพบว่าคนที่มาซื้อของบริเวณนี้ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T-A เป็นอย่างดี และถึงแม้ว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อยู่บ้างอย่างต่อเนื่อง

แต่ไม่พบว่าการติดเชื้อมีแนวโน้มเกิดขึ้นจากบริเวณ  
แผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถี

### รูปแบบการจัดการที่เหมาะสม

ในส่วนของผลการพัฒนารูปแบบการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถี ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คือ (1) การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานและกลุ่มผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อหารูปแบบการจัดการที่เหมาะสม (2) การเก็บข้อมูลเบื้องต้นของแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้รับผิดชอบงานต้องระบุส่วนดี ส่วนขาดของแต่ละแผงให้ชัดเจน (3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานและผู้นำชุมชนเพื่อคืนข้อมูลผลการสำรวจ และให้ผู้ร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง ส่วนดี และส่วนขาด พร้อมทั้งให้แลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการ (4) จัดทำแผนที่ผลลัพธ์เพื่อเป็นแนวทางการทำงานและตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกันและจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการ โดยให้มีโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการที่ชัดเจนจัดทำข้อตกลงของชมรมและให้ผู้ประกอบการช่วยกันพัฒนาแผงลอย (5) ผู้รับผิดชอบงานและผู้นำชุมชนลงพื้นที่ตรวจสอบเยี่ยมให้กำลังใจผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง (6) จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการชมรมอย่างต่อเนื่องและ (7) มีการมอบป้ายให้แผงลอยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

### อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่พบว่าการพัฒนามาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร ของแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ก่อนและหลังการจัดกระบวนการมีผลที่ดีขึ้นในเกือบทุกด้าน ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และความพึงพอใจของผู้ประกอบการ เมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่ผ่านมา การพัฒนาด้านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

ไม่ว่าของร้านอาหารหรือแผงลอยจำหน่ายอาหารในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสง ซึ่งใช้การให้ความรู้ด้วยการอบรมเป็นหลัก พบว่าสถานประกอบการจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารมีจำนวนน้อยกว่าครั้งนี้ และในจำนวนสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์ก็ไม่สามารถรักษาสภาพการผ่านเกณฑ์ได้นาน เหตุผลที่ทำให้เกิดความสำเร็จเรื่องการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของแผงลอยจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีครั้งนี้คือ การชี้จุดเด่น จุดด้อย ของแผงลอยอาหารที่ชัดเจนให้ผู้ประกอบการทราบ และการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้เกิดความเหมาะสมลงตัวกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลาย ๆ เรื่อง เช่น จากการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารกับการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหารและโภชนาการ เขตการสาธารณสุขที่ 13 ของศปก.นต. หองเกลี้ยง พบว่ากลุ่มอำเภอที่มีการจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารพบว่าร้านอาหารและแผงลอยได้มาตรฐานอาหารสะอาด รสชาติอร่อยมากกว่ากลุ่มอำเภอที่ไม่มีชมรมและจากการศึกษาของ ภัทริกา ต่างใจเย็น และคณะเรื่องการจัดการสุขาภิบาลอาหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านอาหาร และแผงลอย ในเขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่าผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้หลังการจัดกระบวนการสูงกว่าก่อนจัดกระบวนการอย่างมีความสำคัญทางนัยสถิติ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผลการตรวจมาตรฐานทางสุขาภิบาลอาหารร้านจำหน่ายอาหารและแผงลอยทั้งด้านกายภาพและชีวภาพหลังจากการจัดกระบวนการมีร้านจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มมากขึ้นและมีความยั่งยืนกว่ารูปแบบที่ใช้อยู่เดิม ทำนองเดียวกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะการสุขาภิบาล

อาหารตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนดมาตรฐานของร้านอาหาร ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี ของ นฤมล วีระพันธ์ และปราณี ทองคำ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จคือปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความรู้ เจตคติต่อการสุขาภิบาลอาหาร การเป็นสมาชิกชมรมผู้ประกอบการอาหาร และการมีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องให้คำแนะนำ ซึ่งมีผลต่อการได้มาตรฐานของร้านอาหารเขตอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถเชื่อได้ว่าการพัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหารแพนลอยริมหาดวิถีด้วยวิธีการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ เป็นวิธีการที่เหมาะสมและส่งผลให้แพนลอยริมหาดวิถีได้มาตรฐานทางสุขาภิบาลอาหารเพิ่มมากขึ้นและสามารถสร้างความยั่งยืนได้มากกว่าการใช้วิธีการอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะผู้ประกอบการค้าและผู้บริโภค

1. ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทุกร้านควรมีการแยกประเภทขยะ และเก็บรวบรวมให้มิดชิดก่อนนำไปทิ้งรวมกันเพื่อการนำไปกำจัดต่อไป
  2. มีการจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการและมีการประชุมคณะกรรมการชมรมอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีข้อตกลงของชมรมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
  3. ผู้บริโภค ควรเลือกซื้ออาหารจากร้านจำหน่ายอาหารที่มีป้ายรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ
- ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ดังนี้

3.1 การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานและกลุ่มผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อหารูปแบบการจัดการที่เหมาะสม

3.2 การเก็บข้อมูลเบื้องต้นของแพนลอยจำหน่ายอาหาร ผู้รับผิดชอบงานต้องระบุส่วนดี ส่วนขาดของแต่ละแพนให้ชัดเจน

3.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประกอบการ ผู้รับผิดชอบงานและผู้นำชุมชน เพื่อคืนข้อมูลผลการสำรวจ และให้ผู้ร่วมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เรื่อง ส่วนดี และส่วนขาด พร้อมทั้งให้แลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการ

3.4 จัดทำแผนที่ผลลัพธ์เพื่อเป็นแนวทางการทำงานและตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน และจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการโดยให้มีโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการที่ชัดเจน จัดทำข้อตกลงของชมรมและให้ผู้ประกอบการช่วยกันพัฒนาแพนลอย

3.5 ผู้รับผิดชอบงานและผู้นำชุมชนลงพื้นที่ตรวจสอบเยี่ยมให้กำลังใจผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่อง

3.6 จัดให้มีการประชุมคณะกรรมการชมรมอย่างต่อเนื่อง

3.7 มีการมอบป้ายให้แพนลอยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

### เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ มีจินดา.(2545). การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนสภาวะสุขาภิบาลอาหารของแพนลอยจำหน่ายอาหารในเทศบาลนครอุดรธานี, วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กันนิษฐา มาเต็ม และ พัฒนี ศรีโอษฐ์. ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้สร้างแนวทาง การพัฒนาและสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ต.บ้านเปิด อ.เมือง จ.ขอนแก่น, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดขอนแก่น. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2558). คู่มือการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ 2558, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2557) คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร และน้ำสำหรับสาธารณสุข อำเภอ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

จิตติ มงคลชัยอรัญญา. (2540). การศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ: เอกสาร ประกอบการสอนภาควิชาการพัฒนาสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2546).การสร้างเสริมพลังอำนาจทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยุทธินทร์การพิมพ์.

ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2550). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม. ศูนย์ฝึกอบรม และพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

นพรัตน์ บุญเพียรผล.(2560). อาหารริมทาง : เสน่ห์เมืองไทย เปิดประสบการณ์ใหม่ในเอเชีย. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2560.

นฤมล วีระพันธ์ และปราณี ทองคำ.( 2550). ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะการสุขาภิบาลอาหารตามหลักเกณฑ์ ข้อกำหนดมาตรฐานของร้านอาหารในเขตอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี, วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2.

ภัทริกา ต่างใจเย็น ประชุมพล เล่าห์ประเสริฐ และฐานยา โภภุทรินทร์.(2552). การจัดการสุขาภิบาลอาหารแบบมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย ในเขตเทศบาลตำบลห้วยเม็ก อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์, วารสารวิจัย มข.14 (5).

ศมกานต์ ทองเกลี้ยง. (2550). เรื่องการจัดตั้งชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารกับการดำเนินงานความปลอดภัย ด้านอาหารและโภชนาการเขตการสาธารณสุขที่ 13, เอกสารประกอบการนำเสนอผลงาน ศูนย์อนามัยที่ 5.

อภิศักดิ์ ธีระวิสิทธิ์. เอกสารประกอบการเสวนาเรื่อง เทคนิคและเครื่องมือสื่อความคิดในการศึกษาชุมชน, มูลนิธิมั่นพัฒนา.

Boonpienpon, N. (2017). Street Food: Thailand's Charm for a New Tourism Experience in Asia. Veridian E-Journal, Silpakorn University Humanities, Social Science, and Arts, 10 (1), 47-60.

Liu,Z., Zhang, G., & Zhang , X. (2014) Urban street foods in Shijiazhuang city China: Current status, safety practices and risk mitigating strategies. Food Control, 41, 212-218.

- Sangtoop, P., & Agmapisarn, C. (2018). A Study of Push and Pull Factors Influencing Thai Consumers' Purchase Behavior of Street Food: Case Study of Yaowarat (Chinatown), Bangkok. *Chulalongkorn Business Review*, 40 (156), April-June 2018, 103-145.
- Trafialek, J., Drosinos, E. H., Laskowski, W., Jakubowska-Gawlik, K., Tzamalís, P., Leksawasdi, N., ...and Kolannowski, W.(2018). Street food vendors' hygienic practices in some Asian and EU countries -A survey. *Food Control*, 85, 212-222.

## ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก

### The Relationships between Illness Perception, Self-Esteem and Adaptation of Patients with Breast Cancer who have Undergone Mastectomy.

สุธิดา ไตรวงค์ย้อย

Suthida Traiwongyoi

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวและศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกและได้รับการผ่าตัดชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (Modified Radical Mastectomy : MRM) รวมทั้งสิ้น 106 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในปี 2563-2564 เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวโดยรวมในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $-0.336, p < 0.001$ ) ขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $0.527, p < 0.001$ ) ดังนั้น แผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรให้ความสำคัญกับการวางแผนลดการรับรู้ความเจ็บป่วย และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เหมาะสมภายหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ : การรับรู้ความเจ็บป่วย, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, การปรับตัว, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก



## Abstract

The descriptive research aimed to describe adaptation and the relationships between illness perception, self-esteem with adaptation of patients with breast cancer who have undergone mastectomy. The samples of 106 patients with first stage of breast cancer who had a modified radical Mastectomy at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital in 2020 - 2021. Data were collected by self-administrated questionnaires. Descriptive statistics and inferential statistics, Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that most samples had a moderate level of illness perception, self-esteem and total adaptation. In addition, illness perception was negative statistically significantly correlated with a total adaptation ( $-0.336, p < 0.001$ ). Meanwhile, self-Esteem was positive statistically significantly correlated with a total adaptation ( $0.527, p < 0.001$ ). Hence, a care map of patient with breast cancer who had undergone mastectomy could be focused on planning to reduce illness perception and increase self-esteem for adaptation after surgery appropriately.

**Keywords :** Illness Perception, Self-Esteem, Adaptation, Patients with Breast Cancer who have Undergone Mastectomy

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิตของสตรีทั่วโลกที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรีในแต่ละปี มีอัตราการตรวจพบเฉลี่ย 43.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (WHO, 2014) สำหรับประเทศไทยในปี 2558 มีผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 13.6 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด โดยพบสูงสุดเป็นอันดับ 1 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) สอดคล้องกับข้อมูลของรพ.มหาสารนครศรีธรรมราช ระหว่างปี 2560-2562 ที่พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรี การรักษาโรคมะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Mastectomy) มีการพยากรณ์โรคที่ดี แต่จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง รวมถึงเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ แขนบวม ข้อไหล่ติด หรือมีอาการชาบริเวณต้นแขนด้านในของแขนข้างผ่าตัด (พาสนาบุญยะมาน, 2560; พรสินี เต็งพานิชกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2554) การสูญเสียเต้านมซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ อับอาย ไม่มั่นใจในรูปลักษณ์ของตนเอง ไม่กล้าออกสังคม กังวลใจเรื่องเพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์ของคู่สมรสเปลี่ยนไป (ชมภู ชิวบันเทิง, 2556; เบ็ญจรัตน์ ชิวพูนผล, 2547) รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น ต้องพึ่งพาบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว กังวลกับการดำเนินของโรค การกลับเป็นซ้ำ กระวนกระวายใจกับผลการรักษา มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต กลัวรักษาไม่หาย และในด้านสังคมต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษา ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว (วรารณ ยศทวี และคณะ, 2562) ผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาจึงมีมากมายในทุกด้าน

การรักษามะเร็งเต้านมโดยการตัดเต้านมออกนี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย

(Roy's adaptive model) (Roy & Andrew, 1999) ที่กล่าวถึงการปรับตัวและการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชีวิต โดยให้ความหมายว่าบุคคลเป็นเหมือนระบบการปรับตัวที่มีความเป็นองค์รวมและเป็นระบบเปิด ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) สิ่งนำออก (Output) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback process) แต่ละส่วนจะทำงานสัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว โดยเมื่อสิ่งเร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในผ่านเข้าสู่ระบบการปรับตัว จะกระตุ้นให้มีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยใช้กระบวนการเผชิญปัญหา 2 กลไก คือ กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมปรับตัวออกมา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiological function) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence) ผลลัพธ์ของการปรับตัวมี 2 ลักษณะ คือ ปรับตัวได้และปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัว ด้วยเหตุนี้การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัดเต้านมออกจึงเป็นสิ่งเร้าตรงที่เข้ามาในชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวการรับรู้ ความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการให้ความหมายการเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์คุกคามชีวิตตามความเข้าใจ การรู้คิดทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วย ถือเป็นปัจจัยสำคัญของการปรับตัว ที่ผ่านการตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) เช่นกัน ขณะที่การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยให้ บุคคลดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและบ่งชี้คุณภาพชีวิต

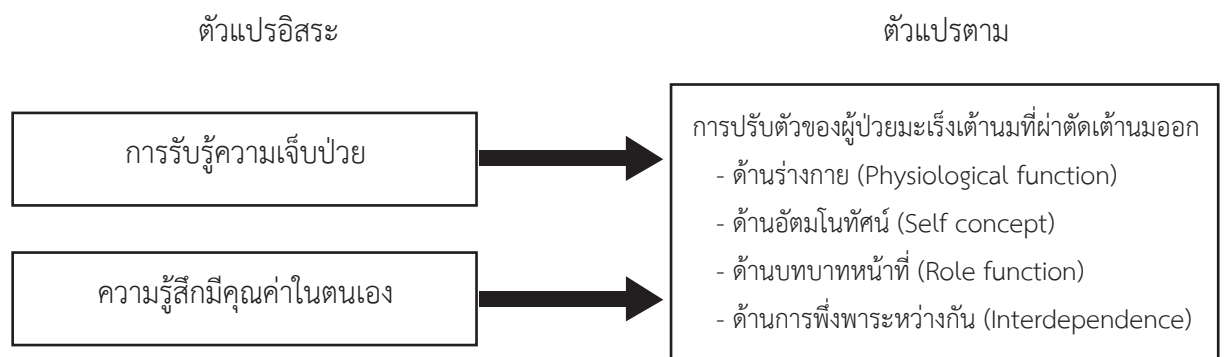
โดยช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ จนเกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ และกลายเป็นบุคลิกภาพ ด้วยเหตุนี้ความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังตัดเต้านมออก จึงขึ้นอยู่กับความรู้การเจ็บป่วย ทั้งข้อมูลโรค การเจ็บป่วย และการรักษา (วารสารณัชเวช 2562; ตาณิกา หลานวงศ์, 2558) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (สุพรรณิ โต้ะกลาง, 2555 ; Kuuppelomaki & Lauri, 1998) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมอย่างครบวงจรมาตั้งแต่ปี 2562 โดยมีการผ่าตัดเป็นวิธีการหลักในผู้ป่วยเต้านมระยะเริ่มแรก ซึ่งการผ่าตัดชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (Modified Radical Mastectomy: MRM) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.0 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 93.2 ในปี 2562 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2562) อีกทั้งกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ปี 2550 โดยทีมสหวิชาชีพ พัฒนาแนวทางการดูแล (CPG) แผนการดูแล (Care map) มีพยาบาลผู้จัดการ

รายการร่วมดูแล และติดตามดูแลเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง โดยส่งต่อผ่านทีม Home Health Care อีกทั้งกลุ่มงานศัลยกรรมได้วางแผนทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อการรับรองคุณภาพการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์จากการดูแลที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการพยาบาลสำหรับส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



## ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional study)

**ประชากร** คือผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรกและได้รับการผ่าตัดเต้านมออกชนิดถอนรากแบบตัดแปลง (MRM) ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช จำนวน 106 คน การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากทุกหน่วยประชากร (Census) ด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมออกแบบ MRM ตั้งแต่ 14 – 90 วัน 2) มาติดตามการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคมะเร็ง และแผนกรังสีรักษาของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) สัญชาติไทย และ 5) สื่อสารเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดเต้านมออกไปแล้ว 1 ข้าง

## เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ดังนี้

**1) ข้อมูลทั่วไป** ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 8 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การทำงานหลังผ่าตัดเต้านม รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาทต่อเดือน) ความเพียงพอของรายได้และค่าใช้จ่าย และข้อมูลด้านโรคและการรักษา 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาหลังการผ่าตัด (วัน) อาการข้างเคียงหลังการผ่าตัด การรักษาร่วม อาการข้างเคียงหลังการรักษาร่วม และโรคประจำตัว

## 2) การรับรู้ความเจ็บป่วย ประยุกต์จาก

The Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ) ของบอร์เบนท์และคณะ (Broadbent et al., 2006) ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 8 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Continuous Linear Scale) 0-10 คะแนน โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายมือสุดคือ 0 กำกับด้วยข้อความไม่มีผลกระทบ และปลายเส้นตรงด้านขวามือสุดคือ 10 กำกับด้วยข้อความมีผลกระทบมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงยิ่งมีการรับรู้ความเจ็บป่วยมาก และแบ่งคะแนนรวมแบบอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับโดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, and Madaus (1971) ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก

## 3) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบ

สอบถามโรเซนเบิร์ก (The Rosenberg Self-Esteem Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง โดยทินกร วงศ์ปการันย์ และณัททัย วงศ์ปการันย์ (2555) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3, และ 4 คะแนน สำหรับข้อถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8 และ 10 และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6 และ 9 คะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงยิ่งเห็นคุณค่าในตนเองมาก และแบ่งคะแนนรวมแบบอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, and Madaus (1971) ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก

4) การปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ประยุกต์จากแบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยของจิมพัต สาราษฎร์ (2549) มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยการปรับตัวด้านร่างกาย 12 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 10 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 10 ข้อ และด้านการพึ่งพาห้วางกัน 8 ข้อ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ สำหรับข้อความเชิงบวก จำนวน 20 ข้อ และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ โดยคะแนนรวมของทุกด้านและจำแนกรายด้าน ยิ่งสูง ยิ่งมีการปรับตัวได้มากหรือปรับตัวได้ดี และแบ่งคะแนนรวมการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกของทุกด้าน และจำแนกรายด้านแบบอิงเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom, Hasting, and Madaus (1971) ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา(Content validity) ทั้งความครอบคลุมของข้อคำถามความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องตามเนื้อหาเกณฑ์การประเมินคะแนน ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งเต้านม ทั้งที่เป็นศิษย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และอาจารย์ด้านจิตสังคม การวิจัยและสถิติ พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ และวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ยกเว้นข้อมูลทั่วไป ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งรายข้อ (Item content validity index: I-CVI)

โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในแต่ละข้อตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 20 คน และนำมาคำนวณความเที่ยงจากการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปรับตัว มีค่าเท่ากับ .87, .93 และ.84 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง สิงหาคม 2563 – กรกฎาคม 2564 โดยจำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการ ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเพื่อขอเก็บข้อมูลและเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชก่อนการเก็บข้อมูล
2. **ขั้นดำเนินการ** มี ช้อย่อยโดยผู้วิจัย ได้แก่
  - 1) เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
  - 2) คัดเลือกตัวอย่าง โดยพิจารณาจากรายงานประวัติของผู้ป่วยในแต่ละวันให้มีคุณสมบัติตรงตาม เกณฑ์ที่กำหนดไว้
  - 3) เข้าพบตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอม จึงชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

รายละเอียดโครงการ และลงนามในเอกสารเอกสาร แสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4) อธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้ตัวอย่างทราบ และ หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-30 นาที สำหรับตัวอย่างที่มีปัญหา ในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากสายตาไม่ดี หรือ ไม่สามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามตาม ข้อคำถามให้ฟัง และให้ตอบทีละข้อไปจนครบทุกข้อ รวมถึงเป็นผู้ทำเครื่องหมายในแบบสอบถามเอง และ 5) รวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ตาม

### วิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ โดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป ทั้งข้อมูล ส่วนบุคคล และข้อมูลโรคและการรักษา การรับรู้ ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก สำหรับสถิติ เชิงอนุมานที่ใช้ ได้แก่ การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่มีมาตรวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผ่าตัดเต้านมออกโดยรวมทุกด้าน และจำแนกรายด้าน

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง 47/63 ลงวันที่ 13 สิงหาคม2563

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ มีผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก และได้รับการ ผ่าตัดเต้านมออกชนิดถอนรากแบบตัดแปลง (MRM) ตั้งแต่สิงหาคม2563 – พฤษภาคม 2564 ที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสิ้น 106 คน และสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ครบทุกคน ร้อยละ 100.0

ผลการวิจัยต่อไปนี้นำผลการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้การเจ็บป่วย การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปรับตัว และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้การเจ็บป่วย และการเห็นคุณค่าในตนเองกับการปรับตัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ข้อมูลทั่วไป** ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.0 โดยมีอายุเฉลี่ย  $52.7 \pm 9.7$  ปี นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.2 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.8 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.2 หยุดทำงานประจำหลังผ่าตัดร้อยละ 75.5 มีรายได้เฉลี่ย  $9,009.4 \pm 8,130.5$  บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 50.9 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังผ่าตัด อายุน้อยกว่า/เท่ากับ 30 วัน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย  $39.0 \pm 23.0$  วัน

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านโรคและการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านม ออก ส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงหลังการผ่าตัดอย่างน้อย 1 อาการ ร้อยละ 53.8 โดยอาการที่พบสูงสุด ได้แก่ อาการชาบริเวณแผล/ใต้ท้องแขนข้างผ่าตัด รองลงมา ได้แก่ น้ำเหลืองคั่ง และแผลบวมแดง/ อักเสบ นอกจากนี้

ยังพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการรักษาเพิ่มเติมก่อนผ่าตัด MRM ร้อยละ 79.6 และเกือบทุกคน ร้อยละ 98.1 ได้รับการรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัด โดยการรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัดสูงสุด ได้แก่ การวางแผนให้ยาเคมีบำบัด และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.0

**2. การรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก** ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ส่วนใหญ่รับรู้ความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $47.6 \pm 7.7$  คะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองใน

**ตารางที่ 1** จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก จำแนกตามระดับของการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปรับตัว (N = 106)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
การรับรู้ความเจ็บป่วย	49 (46.2)	57 (53.8)	0 (0.0)	$47.6 \pm 7.7$	22 - 63
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	14 (13.2)	81 (76.4)	11 (10.4)	$30.2 \pm 3.2$	20 - 40
การปรับตัวรวมทุกด้าน	21 (19.8)	80 (75.5)	5 (4.7)	$147.2 \pm 12.2$	115 - 192
การปรับตัวจำแนกรายด้านร่างกาย	0 (0.0)	26 (24.5)	80 (75.5)	$51.8 \pm 3.6$	41 - 59
อึดทนโน้ทน	52 (49.1)	49 (46.2)	5 (4.7)	$32.9 \pm 5.7$	17 - 48
บทบาทหน้าที่	36 (34.0)	66 (62.2)	4 (3.8)	$34.8 \pm 3.3$	28 - 46
การพึ่งพาอาศัยกัน	53 (50.0)	47 (44.3)	6 (5.7)	$27.6 \pm 3.2$	19 - 40

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก** ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก โดยรวมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $-0.336$ ,  $p < 0.001$ ) และจำแนกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านอึดทนโน้ทน ( $r = -0.492$ ,

ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $30.2 \pm 3.2$  คะแนน มีการปรับตัวรวมทุกด้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $147.2 \pm 12.2$  คะแนน เมื่อพิจารณาการปรับตัวเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ มีการปรับตัวด้านร่างกายในระดับมากหรือปรับตัวได้ดี ร้อยละ 75.5 ขณะที่ การปรับตัวด้านอึดทนโน้ทน และการพึ่งพาอาศัยกันอยู่ในระดับน้อยหรือปรับตัวไม่ดี ร้อยละ 49.1 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ สำหรับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่พบในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 (ตารางที่ 1)

$p < 0.001$ ) และด้านบทบาทหน้าที่ ( $r = -0.198$ ,  $p = 0.042$ ) นั่นคือการรับรู้การเจ็บป่วยน้อยสามารถปรับตัวได้ดี ขณะที่ การรับรู้การเจ็บป่วยสูงหรือมากสามารถปรับตัวได้น้อยหรือไม่ดี สำหรับตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ทั้งโดยรวมทุกด้าน ( $0.527$ ,  $p < 0.001$ ) และจำแนกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (0.362,  $p < 0.001$ ) ด้านอัตมโนทัศน์ (0.514,  $p < 0.001$ ) ด้านบทบาทหน้าที่ (0.291,  $p < 0.001$ ) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (0.374,  $p < 0.001$ ) นั่นคือการเห็นคุณค่า

ในตนเองน้อย สามารถปรับตัวน้อยหรือไม่ดี ขณะที่การเห็นคุณค่าในตนเองมาก สามารถปรับตัวได้สูงหรือปรับตัวได้ดี (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก (N = 106)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
	การปรับตัวรวมทุกด้าน	จำแนกรายด้าน			
		ร่างกาย	อัตมโนทัศน์	บทบาทหน้าที่	การพึ่งพาระหว่างกัน
การรับรู้ความเจ็บป่วย	-0.336	-0.074	-0.492	-0.198	-0.106
	( $p < 0.001$ )	( $p = 0.451$ )	( $p < 0.001$ )	( $p = 0.042$ )	( $p = 0.279$ )
ความรู้สึกมีคุณค่า	0.527	0.362	0.514	0.291	0.374
ในตนเอง	( $p < 0.001$ )	( $p < 0.001$ )	( $p < 0.001$ )	( $p = 0.003$ )	( $p < 0.001$ )

### อภิปรายผล

การวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออกมีการปรับตัวรวมทุกด้านในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 147.2 ± 12.2 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยมีระยะเวลาหลังผ่าตัด 14-90 วัน วันเฉลี่ย 39.0 วัน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 อยู่ในช่วง 14-30 วัน ซึ่งระยะเวลาหลังผ่าตัดใหม่ ๆ โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดก็เช่นกัน

เมื่อพิจารณาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออกเป็นรายด้าน ผลการวิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับตัวด้านร่างกายในระดับมากหรือปรับตัวได้ดีถึงร้อยละ 75.5 ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการดูแลหลังผ่าตัดตามแผนการดูแล (care map) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ทั้งในเรื่องของดูแลบาดแผล

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การระบายของน้ำเหลือง การบริหารแขนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การออกกำลังกายและมีการส่งต่อ home health care เพื่อการติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่ายอย่างเป็นระบบเป็นไปตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ซึ่งแบ่งเป็นระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและระยะจำหน่ายเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน (จินตนา กิ่งแก้ว, 2560) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกจึงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง เมื่อพิจารณาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีระยะเวลาหลังผ่าตัดนานเฉลี่ย 39.0 วัน ซึ่งเป็นช่วงแรกหลังผ่าตัด และร้อยละ 75.5 ยังคงหยุดทำงานประจำ จึงให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง



เกี่ยวกับบาดแผล มาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ หลังผ่าตัดในเรื่องของบาดแผล และการฟื้นฟูร่างกาย มากกว่าการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดังที่เคยปฏิบัติ ก่อนการผ่าตัด เช่น การเป็นแม่บ้าน ภาระยา หรือ การดูแลบุคคลในครอบครัว รวมถึงดเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ เป็นต้น

สำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ และการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่าปรับตัวทั้ง 2 ด้านนี้ อยู่ใน ระดับน้อยหรือปรับตัวไม่ดี ร้อยละ 49.1 และร้อยละ 50.0 อาจอธิบายได้ว่า การสูญเสียเต้านมทำให้ผู้ป่วย ไม่มั่นใจในรูปลักษณ์ของตนเอง รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง จากเดิม อีกทั้งตามการรับรู้ของบุคคล ว่ามะเร็ง คือ ความตาย ความทุกข์และความมีเดมนในชีวิต (วารสารศัลย ศพวิ และคณะ, 2562; ตาณิกา หลานวงศ์, 2558) และผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 อยู่ใน ช่วง 14-30 วัน เฉลี่ย 39.0 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาหลังผ่าตัดใหม่ ยังอยู่ในช่วงแรกของการสูญเสียเต้านมซึ่งเป็นสัญลักษณ์ ที่สำคัญของเพศหญิง จึงยังไม่สามารถปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ รวมถึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการ ใช้ชีวิตอยู่กับโรคและการรักษา กังวลกับการดำเนิน ของโรคกลัวรักษาไม่หาย กลัวกลับเป็นซ้ำ รู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระผู้อื่น ต้องพึ่งพาบุคคลใกล้ชิดหรือ คนในครอบครัว รู้สึกว่าเป้าหมายในชีวิตอาจเปลี่ยนไป ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสังคม (นภรรสสร กูรมาภิรักษ์ นภาพร แก้ว นิमितชัย และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2558)

จากผลการวิจัย พบว่าเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยบางส่วน กล่าวคือการรับรู้ความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับ การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก โดยรวมทุกด้าน และจำแนกรายด้าน รวม 2 ด้าน ได้แก่ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ นั่นคือ การรับรู้ ความเจ็บป่วยน้อย มีการปรับตัวโดยรวมทุกด้าน

ด้านอัตมโนทัศน์ และบทบาทหน้าที่ได้ดี และใน ทางกลับกัน ถ้าการรับรู้ความเจ็บป่วยสูง มีการปรับตัว โดยรวมทุกด้าน ด้านอัตมโนทัศน์ และบทบาทหน้าที่ ได้ไม่ดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพิ่งอยู่ใน ระยะหลังผ่าตัดเฉลี่ย 39 วัน อยู่ระหว่างหยุดพักฟื้นฟู สภาพร่างกาย และแม้ว่าเกือบทุกคน ร้อยละ 98.1 ได้รับการรักษาเพิ่มเติมหลังผ่าตัดแล้ว แต่ส่วนใหญ่ เป็นเพียงการวางแผนให้ยาเคมีบำบัด ยังไม่ได้รับการรักษา และยังไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด จึงส่งผล ให้พบความสัมพันธ์ในทิศทางผกผัน

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผล การวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด นั่นคือ ความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออกโดยรวมทุกด้าน และจำแนก รายด้าน ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ร่างกาย อัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งสอดคล้อง กับที่มาสโลว์ (Maslow, 1970) ที่กล่าวไว้ว่าการ เห็นคุณค่าของตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเอง มีความสามารถเพียงพอในการทำสิ่งต่างๆ มีความเชื่อมั่น ในตนเองว่าสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และประสบความสำเร็จใน การทำกิจกรรมต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษา ศักดา ชำคม (2562) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่คิด ว่าตนยังมีคุณค่า มีประโยชน์ยอมรับ พร้อมต่อสู้โรค และมีความคิดในทางบวก ยิ่งเห็นคุณค่าของการมี ชีวิต ใฝ่ใจ และดูแลตนเองมากขึ้น ไม่สิ้นหวัง พร้อม เผชิญปัญหา และจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสมซึ่ง สะท้อนให้เห็นการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ของการ วิจัยครั้งนี้ แม้มีอายุน้อยกว่า/เท่ากับ 49 ปี ร้อยละ 37.7 แต่มี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.2 จึงมีความเป็นไปได้ที่จะเห็นคุณค่าในตนเอง

และตั้งใจปรับตัวให้มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับผลวิจัยที่ผ่านมาของกาญจนาภรณ์ คำเพชรดี, วัลภา สบายยิ่ง และ นิรนาท แสนสา (2558) ที่พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นมารดา เป็นที่ปรึกษาให้ กับ ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัว จึงเห็นคุณค่าในตนเองจนเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวางแผนติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัว การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ออกแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการผ่าตัด โดยมีการปรับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกิจกรรมส่งเสริมความมั่นใจในตนเองว่าสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

จินตนา กิ่งแก้ว. (2560). มะเร็งเต้านมกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง. 37(4), 163-170.

ฉันทพิท สำราษภรณ์. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม. ปริญญา นิพนธ์ พยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชมภู ชิวบันเทิง. (2556). ภาพลักษณ์ทางกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทินกร วงศ์ปการันย์ และณัทย์ วงศ์ปการันย์. (2555). A Comparison of Reliability and Construct Validity between the Original and Revised Versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 9(1), 54-58.

นภรรสสร กูรมาภีรักษ์ นภาพร แก้วนิมิตชัย และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสนับสนุนทางสังคมต่อความไม่มั่นคงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสาร มฉก.วิชาการ. 19(37), 105-116.

เบญจรัตน์ ชิวพูนผล. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญญพร บรรณสาร และลินจง โปธิपाल. (2559). วารสารสภาการพยาบาล. 31(3), 16-25.

พรสินี เต็งพานิชกุล และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ใน: อุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ). สาระหลักทางการพยาบาลเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์; 11-20.

- พาสนา บุญยะมาน. (2560). ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดตัดแปลง พร้อมขอตรวจรายสัญญาณภาคต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสงขลา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 7(1), 96-103.
- วรารณณ์ ยศทวี และคณะ. (2562) การปรับตัวของหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิษฐ์. 11(2), 272-283.
- ศักดิ์ดา ขำคม. (2562). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 12(1), 161-176.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558 Hospital-Based Cancer Registry. กรุงเทพฯ : พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- สุพรรณิ โต้ะกลาง. (2555). การศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เห็นคุณค่าตนเอง. สารนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Bloom BS, Hasting JT, and Maduas GF. (1971). Handbook of Formative and Summative Evaluation of student Learning. McGraw-Hill Book Co, New York.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. & Weinman, J. (2006) The Brief Illness Perception Questionnaire. Journal of Psychomatic Research. 60, 631-637.
- Kuuppelomaki, M. & Lauri, S. (1998). Cancer patients reported experiences of suffering. Cancer Nursing, 21(5), 364-349.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. Handbook of psychology and health. Edited 4th by Baum A, Taylor SE, Singer JE. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Maslow, A.H. (1970). Motivation and Personality. (2nd ed.). NY: Haper & Row Publishers.
- Roy, S.C. (1970). Adaptive: A conceptual frame work for nursing. Outlook, 18(3), 43-45.
- WHO. (2014). Breast cancer: prevention and control. Retrieved November 2014, from <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟู  
สภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุหลังกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช  
Effects of Self-Efficacy Promoting and Social Support Program  
on Postoperative Recovery among Elderly with Hip Fracture in  
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

ชูชีพ โชติมณี

Chucheep Chotmanee

โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดสะโพกหักที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 - 31 มกราคม 2564 เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 ราย เครื่องมือการวิจัยคือ (1) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อขา องศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน และความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square Test และสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนและความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อขาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งมีวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $p < 0.001$ ) และมีวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.020$ ) อย่างไรก็ตามพบว่ากำลังกล้ามเนื้อขาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก, การฟื้นฟูสภาพ, โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to test the effects of self-efficacy promoting and social support program on postoperative recovery among elderly with hip fracture. Sixty elderly patients with hip surgery admitted at Orthopedics ward, in Maharaj Nakhon SiThammaraj Hospital, used to purposively selected sampling.

The research instruments were self-efficacy promoting and social support program and the instruments for data collection; personal data, muscle power assessment, hip movement evaluation, length of stay and bed ridden, level of ADL, self- efficiency and frequency of exercise which were verified the content validity by three experts. The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, Chi-square Test, and Mann-Whitney U Test. The result showed the experimental group had the goniometer hip movement, level of ADL, total score of self- efficiency and frequency of exercise higher than the control group ( $p < 0.001$ ) and shorter bed ridden ( $p < 0.001$ ) and lower length of stay than the control group in statistical significance. ( $p = 0.020$ ) but muscle power had no significance.

It was recommended for nurse can be used to guidelines in nursing care is better so recovery outcomes after the operation.

**Keywords :** Hip fracture, Rehabilitation, Self-Efficacy Promoting and Social Support Program

## บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมีการคาดการณ์ว่า จะมีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 1.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียมากถึงร้อยละ 50 (Johnell, O., Kaniss, T., 2005) ในประเทศไทยจากการสำรวจที่จังหวัดเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 พบอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหัก

ในประชากรชายและหญิง จำนวน 136 และ 368 ต่อแสนประชากร ร้อยละ 80 เกิดในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบอุบัติการณ์สูงสุดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (Wongtriratanachai, et al.2012) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ.2560-2562 มีผู้สูงอายุกระดูกหักจากการหกล้มเข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 564, 555 และ 553 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 293 ราย (ร้อยละ 51.95), 302 ราย

(ร้อยละ 54.41) และ 315 ราย (ร้อยละ 56.96) ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูล รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช, 2563) เมื่อเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักจะมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และเกิดภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้ ด้วยตัวเอง และมากถึงร้อยละ 80 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง (ประเสริฐ หลีผลลภวิชัย, เจริญชัย พากเพียรโพโรจน์, สมศักดิ์ ลิขสงวงศ์, 2558) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว ปัจจุบันการรักษาที่ได้ผลดีคือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดใส่เหล็ก ยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน การดูแลหลังผ่าตัดมีเป้าหมาย เพื่อลดอาการปวด เพิ่มการเคลื่อนไหวข้อสะโพก และส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด แต่ถ้การผ่าตัดและการดูแล หลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, 2550) เช่น ระบบประสาทบาดเจ็บ การติดเชื้อข้อสะโพกเคลื่อน หลุด ล้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำและแผลกดทับทับ ส่งผลให้ความสามารถในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ สยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม, 2555) การฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดโดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะออกกำลังกล้ามเนื้อขาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถลุกจากเตียง และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (อรรวรรณ วัฒนกุล, 2553; สุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย, จรรวมล แพ่งโยธา และยวดี วิทยพันธ์, 2561) และการฟื้นฟูสภาพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะ

จากญาติผู้ดูแล โดยพบว่าส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แกผู้สูงอายุโดยมีญาติเป็นผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) รวมทั้งมีระยะเวลาการนอนรักษาตัวเฉลี่ยลดลงและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.88 วัน (สุกฤษฎี วิโรจน์ยุดิ, มณฑา เก่งการพานิช, ธาราดล เก่งการพานิช, และสุปรียา ต้นสกุล, 2557) สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยสูงอายุได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 121, 140 และ 198 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 17, 17 และ 15 วัน ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือแผลกดทับ 8, 6 และ 4 ราย มีอุบัติเหตุล้มและมีข้อสะโพกหักซ้ำ จำนวน 1,3 และ 2 ราย ที่ผ่านมาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักจะได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาจากนักกายภาพบำบัด แต่ยังมีอุปสรรคคือขาดความต่อเนื่องในวันหยุดราชการ โดยผู้ป่วยจะบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเฉพาะเวลาที่นักกายภาพบำบัดฝึกสอนเท่านั้น จากการสังเกตของผู้วิจัยและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 10 ราย พบปัญหาในการออกกำลังกล้ามเนื้อขาและข้อ คือ ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง และขาดแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล ทำให้ไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) มาจัดกิจกรรม

โดยการสอนให้ความรู้การให้ดูตัวแบบที่ ประสบความสำเร็จ และให้ฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยทุกกิจกรรม ให้มีญาติคอยดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและองศาการเคลื่อนไหว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเปรียบเทียบการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีผลลัพธ์ 2 ด้าน ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ กำลังกล้ามเนื้อขา องศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
2. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน การเดิน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน เรื่องการพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน การเดิน และความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อขา

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ขึ้นอยู่กับ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมา 2) การสังเกตประสบการณ์ที่สำเร็จของบุคคล 3) การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และ 4) สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการให้ข้อมูล ข่าวสาร 3) ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือการกระทำ และ 4) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (House, 1981) เพื่อให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ได้รับการฟื้นฟูสภาพเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อไม่ให้เกิดข้อจำกัดการเคลื่อนไหว

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม  
กิจกรรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน

- การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์
- การชักจูงด้วยคำพูด
- การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์
- การฝึกทักษะบริหารกล้ามเนื้อขา

กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม

- ด้านอารมณ์
- ด้านข้อมูลข่าวสาร
- ด้านทรัพยากร
- ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า

### ตัวแปรตาม

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

1. กำลังกล้ามเนื้อ
2. การเคลื่อนไหวของข้อ
3. จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด
4. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล
5. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
6. ความมั่นใจในสมรรถนะ แห่งตน
7. ความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อ

## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric, subtrochanteric จากสาเหตุ พลัดตกหกล้ม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหักบริเวณ neck of femur, intertrochanteric, subtrochanteric จากสาเหตุ พลัดตกหกล้ม และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายในหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ศัลยกรรมกระดูกชายและหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 – 31 มกราคม 2564 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) สามารถสื่อสารตอบโต้ได้เข้าใจภาษาไทย 2) มีญาติผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือคู่สมรส และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion) ได้แก่ 1) แพทย์ตัดสินใจให้ผู้ป่วยเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัด เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ

ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ 2) ผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอมให้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 3) มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะหลอดเลือดดำลึกที่ขาอุดตัน ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดแผลกดทับ และ 4) ผู้ป่วยหรือญาติขอยุติการเข้าร่วมวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คือประชากรทั้งหมดเป็นหลักร้อยละใช้ตัวอย่าง 15-30 % (บุณชม ศรีสะอาด, 2535) ประชากร 198 คน ผู้วิจัยเลือกใช้ 30% คิดเป็น 59.4 คน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าว โดยการจัดกระทำกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการกับกลุ่มทดลอง จนครบ 30 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวความคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981)

1.2 แผนการสอนเรื่องการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสะโพกหัก ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก การรักษา การปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา

1.3 วีดิทัศน์ เป็นสื่อการสอนและสาธิตเกี่ยวกับประสบการณ์หลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา



1.4 คู่มือการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ การรักษา การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยการออกกำลังกาย เนื้อหา ได้แก่ ท่ากระดกข้อเท้า ท่ากดเข่า ท่าขมิบก้น และท่างอเข่า งอสะโพก (ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ สยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรธม, 2555) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด จำนวนวันรอผ่าตัด จำนวนวันที่ลุกจากเตียงหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด

2.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(อรวรรณ วัฒนกุล, 2553) โดยประเมินในวันที่ 2,3 และ 4 หลังผ่าตัด ในช่วงเวลา 13.00 - 16.00 น. ทำการทดสอบ 10 ครั้งในแต่ละวันที่ประเมิน แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

2.2.1 แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อขา วิธีการประเมิน ให้ผู้สูงอายุนอนหงายในท่าที่สบาย ไม่เกร็ง กางขาที่ผ่าตัดออก 15 องศา ใช้มือประคองขาด้านล่าง ประคองขาบริเวณข้อเท้า ใต้เข่า ให้ผู้สูงอายุออกแรงขาข้างที่ผ่าตัดท่ากางขาเท่าที่จะทำได้ มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับคือคะแนน 0 หมายถึงไม่มีแรงที่จะสามารถกางขาออก คะแนน 1 หมายถึงมีแรงที่จะสามารถกางขาออกคะแนน 2 หมายถึงมีแรงกางขาและสามารถต้านแรงผู้ทำการทดสอบได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0.00-0.66 คะแนน หมายถึงมีกำลังกล้ามเนื้อต่ำ 0.67-1.33 คะแนน หมายถึงมีกำลังกล้ามเนื้อ ปานกลาง และ 1.34-2.00 คะแนน หมายถึงมีกำลังกล้ามเนื้อดี

2.2.2 แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพกประเมินโดยใช้เครื่องมือ วัดมุมโกนิโอมิเตอร์ โดยให้ผู้สูงอายุนอนในท่านอนหงาย ที่สบาย ไม่เกร็ง ขาข้างที่ผ่าตัดกางออกจากกึ่งกลางแนวลำตัว 15 องศา ผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องมือวัดมุมโกนิโอมิเตอร์ ให้ส่วนของจุดหมุนของ โกนิโอมิเตอร์อยู่ตรงกับปุ่ม anterior superior iliac spine ส่วนแขนของโกนิโอมิเตอร์ขนานกับแนวกึ่งกลางของกระดูกต้นขาผู้วิจัยใช้มือประคองขา ระหว่างน่องและต้นขาและให้ผู้สูงอายุออกแรงขยับขาเพื่อ แบ่งเป็น 3 ระดับ 0-5 องศา หมายถึงการเคลื่อนไหวข้อสะโพกระดับต่ำ 6-10 องศา หมายถึงการเคลื่อนไหวข้อสะโพกระดับปานกลาง และ 11-15 องศาหมายถึงการเคลื่อนไหวข้อสะโพกระดับดี

2.2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สังเกตกิจกรรมการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ห้อยขาข้างเดียว การเคลื่อนย้ายจากเตียงลงมายืนและการเดินด้วยเครื่องช่วยเดินหรือวอล์คเกอร์ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึงปฏิบัติไม่ได้เลย คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติข้ามขั้นตอนคะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติครบขั้นตอน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ 0.00-0.66 คะแนนหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ 0.67-1.33 คะแนนหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง และ 1.34-2.00 คะแนนหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดี

2.2.4 แบบประเมินระดับความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเป็นแบบสอบถามความรู้สึกมั่นใจในสมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในเรื่องการพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน และการเดิน คะแนน 1 หมายถึงความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนน้อย คะแนน 2 หมายถึง ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนปานกลางคะแนน 3 หมายถึง ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนมากการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ 1.00-1.66 คะแนนหมายถึงความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนน้อย 1.67-2.33 คะแนนหมายถึงความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนปานกลาง และ 2.34-3.00 คะแนน หมายถึงความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนสูง

2.2.5 แบบประเมินความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อเนื้อขา การปฏิบัติการออกกำลังกล้ามเนื้อขา ได้แก่ ท่ากระดกข้อเท้า ท่ากดเข่า ท่าขมิบก้น และท่าอเข่างอสะโพกโดยให้คะแนน 1 เมื่อมีความถี่ในการปฏิบัติ 1 ครั้ง มีเกณฑ์ 1- 30 คะแนน หมายถึงปฏิบัติบ่อย 31-60 คะแนนหมายถึงปฏิบัติปานกลาง 60-90 คะแนน หมายถึงปฏิบัติบ่อย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1 - 30.66 คะแนน หมายถึงความถี่น้อย 30.67 - 60.33 คะแนน หมายถึง ความถี่ปานกลาง และ 60.34 - 90 คะแนน หมายถึง ความถี่สูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยและสถิติ 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่า S-CVI-Ave เท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้กับสูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หมายเลขเอกสารรับรองที่ 42/2563 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2563 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

มีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในภาพรวมเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน ข้อควรระวังหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำตึก ได้รับการฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อขา ฝึกการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกการเคลื่อนย้ายตัวและเดินหลังผ่าตัด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในวันที่ 2,3 และ 4 หลังผ่าตัด ในช่วงเวลา 13.00-16.00 น. ทำการทดสอบ 10 ครั้ง ในแต่ละวันที่ประเมินแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย และวันจำหน่าย

สำหรับกลุ่มทดลอง บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ก่อนผ่าตัด 1 วัน หลังจากนั้นใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แผนการสอน วิดีทัศน์ และคู่มือดำเนินกิจกรรม 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2) สอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามแผนการสอน 3) ให้อัตถุแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ 4) ฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อขา ประกอบด้วยท่าบริหาร 4 ท่า และให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ และ 5) ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลถึงวิธีการสนับสนุนผู้สูงอายุ และแจกคู่มือการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในวันที่ 2,3 และ 4 หลังผ่าตัดและวันจำหน่าย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด จำนวนวันรอฟ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ กำลังกล้ามเนื้อ ระยะเวลาเคลื่อนไหวของข้อสะโพก จำนวนวันที่ลุกจากเตียง วันนอนโรงพยาบาล และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ความถี่ในการออกกำลังกาย กำลังกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. , 2553).

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 48.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค fracture intertrochanteric มากถึงร้อยละ 80 ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Fracture subtrochanteric ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วยแกนตามกระดูก (proximal femoral nail antirotation) ร้อยละ 58.3 มีวันรอฟ่าตัดเฉลี่ย 4.6 วัน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลดังกล่าวทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

**ตารางที่ 1** ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพด้านสุขภาพ (n = 60)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Z	P value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กำลังกล้ามเนื้อ						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	0.97	0.183	0.83	0.379	-1.390	0.165 (NS)
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	1.00	0.263	0.97	0.183	-0.568	0.570(NS)
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	1.17	0.379	1.00	0.263	-1.926	0.054(NS)
องศาการเคลื่อนไหว						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	10.17	2.493	4.43	2.885	-5.657	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	12.97	2.189	6.93	2.876	-5.918	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	14.67	1.093	9.67	2.657	-6.521	<0.001*
จำนวนวันที่ลุกจากเตียง	2.53	1.456	4.03	1.790	-3.484	<0.001*
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	8.87	2.515	11.33	3.951	-2.335	0.020*

หมายเหตุ NS หมายถึง non significance \* P <.05

2.2 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนและความถี่ในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพด้านพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=60)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Z	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
พลิกตะแคงตัว						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	1.73	0.450	0.70	0.702	-4.693	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.00	0.000	1.37	0.669	-3.639	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.00	0.000	1.63	0.490	-3.227	0.001*
การนั่ง						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	1.73	0.450	0.70	0.702	-5.116	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.00	0.000	1.37	0.669	-4.598	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.00	0.000	1.73	0.430	-2.791	0.005*
การยืน						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	0.93	0.828	0.33	0.661	-3.030	0.002*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	1.50	0.777	0.57	0.679	-4.211	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	1.83	0.531	1.07	0.868	-3.884	<0.001*
การเดิน						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	0.76	0.786	0.13	0.346	-3.523	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	1.47	0.776	0.47	0.571	-4.568	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	1.77	0.626	0.77	0.774	-4.730	<0.001*

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพด้านพฤติกรรม ความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน และความถี่ในการออกกำลังกาย

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Z	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
พลิกตะแคงตัว						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2.37	0.556	1.40	0.498	-5.251	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.97	0.183	1.87	0.434	-6.974	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.97	0.183	2.10	0.403	-6.400	<0.001*

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		Z	P value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การนั่ง						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2.40	0.563	1.37	0.490	-5.438	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.97	0.556	1.73	0.450	-7.130	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.97	0.183	2.07	0.450	-6.370	<0.001*
พลิกตะแคงตัว						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2.00	0.643	1.13	0.346	-5.163	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.57	0.568	1.37	0.490	-5.793	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.90	0.305	1.67	0.479	-6.742	<0.001*
การเดิน						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	2.00	0.695	1.10	0.305	-5.181	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	2.67	0.479	1.33	0.479	-6.272	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	2.97	0.183	1.57	0.504	-7.079	<0.001*
ความถี่การออกกำลังกล้ามเนื้อ						
ท่าที่ 1 กระดกข้อเท้า						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	36.67	16.678	11.40	6.112	-5.780	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	46.83	15.396	17.03	11.711	-5.784	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	53.00	13.429	19.23	7.903	-6.483	<0.001*
ท่าที่ 2 กดเข่า						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	39.00	10.939	7.10	5.554	-6.566	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	46.83	13.926	7.40	4.312	-6.704	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	54.33	12.507	11.47	7.186	-6.688	<0.001*
ท่าที่ 3 ขมิบก้น						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	18.50	9.751	3.97	3.157	-6.246	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	26.03	12.386	4.10	2.796	-6.558	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	30.33	13.257	6.50	5.185	-6.218	<0.001*
ท่าที่ 4 งอเข่างอสะโพก						
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	37.00	11.188	6.93	5.401	-6.595	<0.001*
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	47.83	11.347	8.47	4.516	-6.720	<0.001*
วันที่ 4 หลังผ่าตัด	55.00	8.305	11.87	7.838	-6.779	<0.001*

## อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกำลังกล้ามเนื้อขา ออศาการเคลื่อนไหว ข้อสะโพก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนวันที่ลุกจากเตียงและวันนอนโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าวันที่ 2, 3 และ 4 หลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลอง มีออศาการเคลื่อนไหวข้อสะโพก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของรัศมี (รัศมี เกตุธานี วันเพ็ญวรามิตร และอนุชา ไทยวงษ์, 2561) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการงอข้อเข่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกล้ามเนื้อและข้อเข่าร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล มีความสามารถในการงอข้อเข่า และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จำนวนวันที่ลุกจากเตียงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) วันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขฤทัย และคณะ (2557) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองตามทฤษฎีของแบนดูราพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่เข้าร่วมโปรแกรมมีวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.8 วัน อธิบายได้ว่าจากโปรแกรมที่มีการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่งได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การสอนให้ความรู้ พร้อมแจกคู่มือที่มีภาพประกอบและเนื้อหาที่เข้าใจง่าย การให้ดูต้นแบบจากสื่อวีดิทัศน์ซึ่งเป็นสื่อที่เป็นคลิปวิดีโอสั้น ๆ เป็นภาพเคลื่อนไหวสามารถหยุดและนำเสนอซ้ำ

ได้ตามต้องการ การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกล้ามเนื้อขา และข้อทั้ง 4 ท่า ได้แก่ ท่ากระดกข้อเท้า กดเข่าทาง-หุบขา งอเข่า งอสะโพก รวมทั้งแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล (วารภรณ์ ตุ่มทอง, 2553) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติการออกกำลังกล้ามเนื้อขาและข้ออย่างต่อเนื่องเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อส่งผลให้กลุ่มทดลองมีออศาการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไรก็ตามกำลังกล้ามเนื้อขาทั้งสองกลุ่มมีความก้าวหน้าแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรธรณ (อรรธรณ วัฒนกุล, 2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก พบว่ากำลังกล้ามเนื้อขาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) อธิบายได้ว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการสอนและฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อในระยะก่อนและหลัง ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นเฉพาะทาง ส่งผลให้กำลังกล้ามเนื้อทั้งสองกลุ่มมีความก้าวหน้าเหมือนกัน (คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์, ปุณศรี ศุภเวช. , 2559)

ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และความถี่ในการออกกำลังกล้ามเนื้อขา พบว่าวันที่ 2, 3 และ 4 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของอรรธรณ (อรรธรณ วัฒนกุล, 2553) ที่พบว่าการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุขฤทัย และคณะ (2557) ที่พบว่าการส่งเสริม การเรียนรู้สมรรถนะ

แห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการจัด  
 ประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีญาติผู้ดูแล  
 คอยช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก  
 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว  
 ร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วม  
 โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัย  
 สำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) อธิบายได้ว่าจากประสบการณ์  
 ที่ประสบความสำเร็จ จากการฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อ  
 ทั้ง 4 ท่า ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และมีการฝึกบ่อย ๆ  
 จนมั่นใจ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
 ต่างๆ ได้ ในด้านความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน  
 พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่น ในสมรรถนะแห่งตน  
 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ  
 ( $p < 0.001$ ) เป็นผลจากการได้รับ การชกแจงด้วย  
 คำพูด การได้รับประสบการณ์ที่เคยสำเร็จจากการกระทำ  
 ด้วยตัวเอง การได้ดูตัวแบบจากวีดิทัศน์ ส่งผลให้เกิด  
 ความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจวัตร  
 ประจำวัน ปฏิบัติการออกกำลังกายได้อย่าง  
 ต่อเนื่อง (ชฎาภรณ์ จิรรัตนโสภณ.,2550 ;พรณงาม  
 พิมพ์ชู (2557)

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรง  
 สนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด  
 ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพ  
 ได้เร็ว วันนอนโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นทีมผู้ดูแล  
 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ควรนำ  
 โปรแกรมฯ มาใช้ร่วมดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด  
 กระดูกสะโพก

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมเป็นไปส่วนหนึ่งของ  
 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด  
 กระดูกสะโพกหักในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ  
 แห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปปรับใช้ใ  
 การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด  
 และควรนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ร่างกาย  
 มีการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมจนถึงระยะ  
 หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ 2 เดือน 6 เดือน  
 เพื่อศึกษาผลในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

- คุณัสปกรณณ์ มัคคัปลานนท์, ปุณตรี สุภเวช. (2559).  
 การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม  
 วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.  
 3(6) 57-64.
- ชฎาภรณ์ จิรรัตนโสภณ. (2550). ผู้สูงอายุกับการหกล้ม.  
 วารสารวิชาการเขต12. 18(1), 103-112.
- ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ สยานันท์, สุขใจ  
 ศรีเพียรเอม. (2555). บรรณธิการ.การพยาบาล  
 ออร์โธปิดิกส์. หน้า 111-117 กรุงเทพมหานคร:  
 สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทาง  
 พยาบาลศาสตร์.กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ  
 อินเตอร์มีเดีย
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). หลักการวิจัยเบื้องต้น.  
 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพ ฯ : สุวีริยาสาสน์.
- ประเสริฐ หล้าพลวณิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์,  
 สมศักดิ์ลีซวงวงศ์. (2558). บูรณาการในการป้องกัน  
 และรักษากระดูก หักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน.  
 วารสารกรมการแพทย์;40(4):16-19.

พรรณงาม พิมพ์ชู. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้  
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการ  
ปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกของผู้ป่วย  
ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.  
การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัศมี เกตุธานี วันเพ็ญ วรามิตร และอนุชา ไทยวงษ์.  
(2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ  
แห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความ  
สามารถในการงอเข้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด  
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารโรงพยาบาล  
มหาสารคาม, 15(2), 133-142.

วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วย  
ออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.  
วราภรณ์ ตุ่มทอง. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม  
ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟู  
สภาพร่างกายหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการ  
การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
วิชาพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  
วิวัฒน์ วนะวิศิษฐ์ . (2550). ออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ :  
ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.  
(2560-2562). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในพลัดตกหกล้ม  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

สุกฤทัย วิโรจน์ยติ, มณฑา เก่งการพานิช,ธราดล  
เก่งการพานิช, และสุปรียา ต้นสกุล, (2557).  
ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลัง  
ผ่าตัดกระดูกสะโพก ของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาล  
พระมงกุฎเกล้า. วารสารทหารบก, 15(2) 187-193.

สุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย, จรรวมล แพ่งโยธา, ยุวดี วิทยพันธ์.  
(2561). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแล  
ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาล  
มหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพ  
ภาคประชาชนภาคใต้, 32(1) 56-62.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญและ  
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรวรรณ วัฒนกุล. (2553). วิทยานิพนธ์ผลของ  
โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการ  
ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุสะโพกหัก.  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Bandura A. (1997). The nature and structure  
of self-efficacy, sources of self-efficacy.  
In A Bandura, Self-efficacy: The exercise  
of control. New York: W.H. Freeman and  
Company.

House JS. (1981). Work stress and social support.  
London: Addison-Wesley. Johnell, O.,  
Kaniss, T. Epidemiology of osteoporosis  
fracture. Osteoporosis international  
2005;2:3-7.

Wongtriratanachai P, Luevitoonvechkij S,  
Songpatanasilp T, Sribunditkul S, Leerapun  
T, Phadungkiat S, et al. Increasing incidence  
of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J  
Med Assoc Thai 2012;85(5):565-571.



## การประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### Evaluation of Therapy and Rehabilitation for Drug Abused in Suratthani Province

กชมล อติเทพสถิต

Kodchamon Aditapsathit

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Suratthani Provincial Public Health Office

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบการประเมินของ Stufflebeam (CIPP Model) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการฟื้นฟูและบำบัดให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 400 คน 2) ผู้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นเอง ทำการปรับโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทดลองใช้ที่จังหวัดชุมพร สถิติที่ใช้ เิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัย ค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ อ่างอิง (Chi-square)

ผลการวิจัยของ 3 ระบบ คือสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.25 แยกเป็นรายระบบ มี ร้อยละ 91.1, 87.0 และ 95.3 ตามลำดับ มีการใช้สารเสพติดครั้งแรก อายุ 15 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.1 แยกเป็นรายระบบ พบว่ามี จำนวน 56.1, 45.4 และ 35.3 ตามลำดับ มีการใช้สารเสพติด ภายใน 30 วัน ร้อยละ 95.3 ชนิดสารยาเสพติดที่ซึ่มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ ยาไอซ์ ร้อยละ 27.1 และน้ำกระท่อม ร้อยละ 9.8 เข้ารับการบำบัดยาเสพติดเป็นครั้งแรก ร้อยละ 74.4 ปัญหาที่พบในการดำเนินการบำบัด พบว่ากลุ่มผู้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด มีปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการ ร้อยละ 76.0 ได้แก่ ขาดบุคลากร ร้อยละ 8.0 ขาดงบประมาณ ร้อยละ 8.0 และสถานที่คับแคบ ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดได้แก่ ตรงกับเวลาเรียน และเวลาทำงาน ร้อยละ 11.4 แยกเป็น รายระบบ คิดเป็นร้อยละ 12.1, 16.7 และ 13.5 ตามลำดับ โดยระบบสมัครใจ และต้องโทษ มีปัญหาอุปสรรคมาก ในเรื่องสถานที่คับแคบ ร้อยละ 3.5 ปัญหาการขาดบุคลากรในการดำเนินการ เช่น เกษียณอายุ เปลี่ยนงาน มีการจัดอัตรากำลังทดแทน และพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ปัญหาขาดงบประมาณ มีการขอการสนับสนุนจาก NGO, (ภาคเอกชน และมูลนิธิ) รับผิดชอบต่อผู้นำศาสนา (พุทธ คริสต์ และอิสลาม) เพื่อเพิ่มสถานที่บำบัด และลดจำนวนผู้บำบัด ที่แออัดในสถานบำบัดเดิม และจัดซื้อหาวัสดุ อุปกรณ์และเทคโนโลยีให้เกิดความร่วมมือในการบำบัด

**คำสำคัญ :** การบำบัดรักษา, ฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ติดยาเสพติด, ระบบสมัครใจ, ระบบบังคับบำบัด, ระบบต้องโทษ

## Abstract

This research is an evaluation research using the Stufflebeam Assessment Model (CIPP Model). The objective is to evaluate the treatment and rehabilitation of drug abused and drug addicts in Surat Thani Province. To improve the rehabilitation and treatment process to be more effective. The sample group consisted of 1) 400 people receiving treatment and rehabilitation 2) 29 people who perform treatment and rehabilitation for drug abused and drug addicts. Self-made questionnaire adjusted by experts and tested at Chumphon Province. Descriptive statistics were number percentage mean median base value range value quartile deviation. standard deviation and analytical statistics such as referrals (Chi-square).

The results of the research in 3 systems namely voluntary compulsory treatment and punishment found that most of them were males. Accounted for 90.25 percent by system 91.1% 87.0 and 95.3 percent respectively had the first drug use aged 15 - 18 years accounting for 48.1% separated by system found that there were 56.1 45.4 and 35.3. Respectively 95.3% of substance abuse was consumed within 30 days. The most used drug was methamphetamine (52.6%) followed by ice-cream (27.1%) and Kratom (9.8%) who received drug treatment. First time 74.4% problems encountered in the treatment process were found. Treatment and rehabilitation practitioner group drug abused and addicts There were obstacles in the implementation of 76.0% namely lack of personnel 8.0% lack of budget 8.0% and cramped place 8.0% respectively. treatment and rehabilitation corresponding to school time and working time 11.4 percent separated by system accounted for 12.1, 16.7 and 13.5 percent respectively by voluntary system. and the penalty system There are many obstacles in the area of confined spaces, 3.5% the lack of personnel in the operation such as retirement changing jobs there is a replacement rate. and develop the capacity of knowledge to increase the capacity for treatment and rehabilitation of drug addicts for the problem of lack of budget Support from NGOs (private sectors and foundations) has been requested accepting donations from religious leaders (Buddhist Christian and Islam) to increase healing facilities. and reduce the number of therapists who are congested in the same treatment facility and procurement of materials equipment and technology to be ready for treatment.

**Keywords :** Treatment, Rehabilitation, Drug addicts, Voluntary System, Compulsory Treatment System, Punishment System

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Problem)

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญและเป็นภัยคุกคามของสังคมไทย ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงและขยายตัวมากขึ้นจนทำให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ โดยทำให้ร่างกายทรุดโทรม หงุดหงิด โมโหง่าย ก่อให้เกิดโรคจิต โรคประสาท หูแว่ว ภาพหลอน และหวาดระแวง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตัวเองและผู้อื่นได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล, 2558) อาจทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายส่วนตัวเพราะผู้ติดยาเสพติด ส่วนใหญ่ใช้เงินไปกับการเสพยาเดือนละ 3,000 - 30,000 บาท ส่งผลให้มีโอกาสประกอบอาชญากรรม เช่น เกิดการปล้น จี้ ฆ่า ทำร้ายผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต เพื่อให้ได้เงินมาใช้จ่ายและซื้อยาเสพติด จะเห็นว่าผลกระทบจึงเกิดอย่างกว้างขวางทั้งต่อบุคคล สังคมและประเทศชาติ โดยรวมผู้เสพยาเสพติดมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้น ผู้ใช้ยาในกลุ่มประชากรไทยกว่า 50 ล้านคน ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงช่วงอายุ 12 - 65 ปีพบ 1.96 ล้านคน คิดเป็น 39.11 ต่อ 1,000 คน ใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายใน 1 เดือน ค่าประมาณของ 1.13 ล้านคนที่เคยใช้ ยาเสพติดและเคยติดยาและ ร้อยละ 30 ของหมู่บ้านชุมชนในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด ร้อยละ 38 ของประชากร ช่วงอายุ 15 - 24 ปี (รายงานโครงการรักษา จากการวิจัยของเครือข่ายวิชาการสารเสพติด ในปี 2562)

จากข้อมูลรายงานยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. 2020 (World Drug Report 2020) สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่ง สหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด ประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของประชากรโลก และพบว่ามีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด

เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ประเทศไทยข้อมูลสถานการณ์การค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติดใน ปี พ.ศ. 2561, 2562, 2563 พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มีผู้เสพมากที่สุด (Narcotics Control Commission, 2562) เนื่องจากปริมาณยาเสพติด ที่ลักลอบนำเข้ามามีมากเกินความต้องการใช้ในประเทศ ส่งผลให้ราคายาบ้าโดยเฉลี่ยราคาเม็ดละ 100 บาท (จากเดิม 250 บาท) รongลงมาเป็น ไอซ์ และเฮโรอีน ตามลำดับ พบการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 24 ปี ถือเป็นสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพในประเทศ ทั้งสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และเป็นปัญหาต่อสังคม และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (จากข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์ ปปส.ภาค 8 พ.ศ. 2561 - 2563) มีพื้นที่แพร่ระบาดสูงสุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 3 อำเภอ ดังนี้ 1) อำเภอเมืองฯ จำนวน 1631, 1290 ,1732 2) อำเภอพุนพิน จำนวน 928, 954, 1360 และ 3) อำเภอไชยา จำนวน 162, 454, 469 ตามลำดับ

ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น ยาบ้า ไอซ์ และกัญชา พบว่า มีผู้เสพ จำนวน 3,370 คน ผู้ติดยาเสพติด จำนวน 2,060 คน และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง จำนวน 475 คน มีผู้เข้ารับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 3,942 คน เป็นเพศชาย 3,641 ราย และเพศหญิง 301 ราย

(ข้อมูลจาก ระบบข้อมูล การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ บสศ.ปี 2562)

การดำเนินงานแก้ปัญหายาเสพติดของจังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 5 มาตรการ ประกอบด้วยความร่วมมือระหว่างประเทศ การปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย การป้องกันยาเสพติด การบำบัดรักษายาเสพติด และการบริหารจัดการอย่างบูรณาการโดยความร่วมมือของหลายภาคส่วน (แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2562) เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ “สังคมไทยปลอดภัยจากยาเสพติด” มีการจัดทำแผนดำเนินการเชิงบูรณาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด 3 ระบบ ร่วมกับหน่วยบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้อง คือ สมัยครใจ อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุกแห่ง บังคับบำบัด อยู่ในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล ประสานติดตาม และการวิจัยประเมินผลความสำเร็จในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระดับจังหวัด

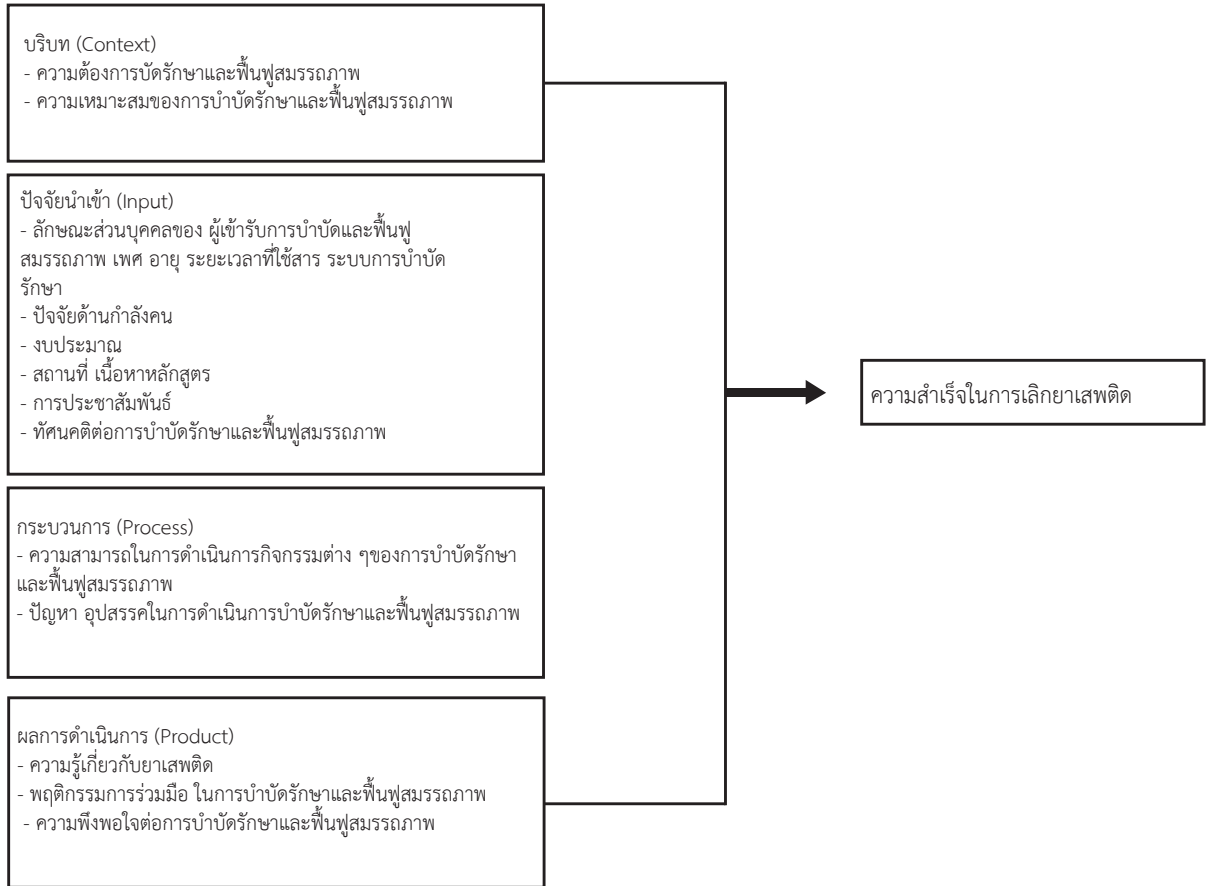
ผู้ศึกษา สนใจที่จะทำการศึกษา และประเมินผล เพื่อการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพราะแนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดแต่ละอำเภอสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพอนามัย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านความมั่นคงของชาติ และนำร่องการประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 3 ระบบ เนื่องจากไม่เคยมีการประเมินผลมาก่อนในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าในบางพื้นที่ยังเป็นแหล่งมั่วสุมแพร่ระบาดของยาเสพติด และบางพื้นที่ยังเป็นจุดเสี่ยงต่อการพักยาที่กระจายสู่ภูมิภาคอื่น ๆ

เป็นผลให้มีผู้เสพสารเสพติดรายใหม่เป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการนำนโยบาย แผนงาน และการดำเนินงานของรัฐบาลมาใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและเพื่อนำผลการศึกษาจากปัญหาที่พบไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้เกิดการปรับปรุงและมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อศึกษาความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



### ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยประเมินโครงการ(Project evaluation research) โดยใช้แนวคิดการประเมิน CIPP model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield 1971)

### ประชากรศึกษา และวิธีการเลือก

#### ประชากรศึกษา (Population)

1. ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามเกณฑ์ ในปี 2562 ระบบสมัครใจ จำนวน 1,622 คนระบบบังคับบำบัด จำนวน 1,616 คน และระบบต้องโทษ จำนวน 704 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 3,942 คน

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ปี 2562 จำนวน 29 คน

#### เกณฑ์คัดเข้า

**ระบบสมัครใจ** หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

**ระบบบังคับบำบัด** หมายถึง ผู้ที่ทางราชการตรวจพบว่ามีสารเสพติดในร่างกาย จะต้องถูกบังคับบำบัดตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 ในสถานพยาบาลที่จัดขึ้นตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว เป็นระยะเวลา 6 เดือน และขยายได้จนถึงไม่เกิน 3 ปี

**ระบบต้องโทษ** หมายถึง ผู้ติดยาเสพติด ที่กระทำความผิดและถูกคุมขัง จะได้รับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลที่กำหนดตามกฎหมาย เช่น กรมราชทัณฑ์ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขต 8

### เกณฑ์คัดออก

ผู้ถูกศึกษาสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

### กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ Systematic random sampling (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543 : 148) กล่าวคือ มีรายละเอียดจำนวนตัวอย่างที่สุ่มเลือกจำแนกตามแต่ละอำเภอ ประกอบด้วย กลุ่มสมัครใจ จำนวน 166 คน กลุ่มบังคับบำบัด จำนวน 164 คน และกลุ่มต้องโทษ จำนวน 70 คน ตามลำดับ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 400 คน

**เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรของ Taro Yamane (1967)

1. ผู้เข้าบำบัด สมัครใจ จำนวน 1,622 คน บังคับบำบัด จำนวน 1,616 คน และต้องโทษ จำนวน 704 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 3,942 คน

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระบบสมัครใจ จำนวน 21 คน เจ้าหน้าที่เครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระบบบังคับบำบัด จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระบบต้องโทษ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 29 คน

3. ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามเกณฑ์ ในปี 2562

4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง โดยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือและนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านการวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาและละฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด ช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรง จำนวน 3 คน แบบประเมินผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามบริบท แบบสอบถามกระบวนการในการดำเนินการ แบบสอบถามด้านผลผลิต เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามประเมินสภาวะแวดล้อม (บริบท) และแบบสอบถามประเมินปัจจัยนำเข้า เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity)

ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) ดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของมาตรวัดในเรื่องของเนื้อหาที่จะวัด ดูความครบถ้วน ความถูกต้องทางด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบพิจารณาตัดสิน ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน และนำไปทดสอบ (Try out) ที่จังหวัดชุมพร เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 และปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน นำไปวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method)

แบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด=0.71แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด =0.72 แบบวัดความพึงพอใจต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติด =0.78 และแบบวัดทัศนคติต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การเสพหรือติดยาเสพติด =0.75

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ประสานงานผู้รับผิดชอบงาน หน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด 3 ระบบ

2. เลือกสถานที่ศึกษา ได้แก่โรงพยาบาล สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดสุราษฎร์ธานี เรือนจำ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน เขต 8

3. ส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ ต้นเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และให้ส่งข้อมูลกลับตามที่อยู่หน้าของจดหมายติดแสตมป์ ในปลายเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

4. วิเคราะห์ข้อมูล

5. สรุปผลการศึกษา

### การวิเคราะห์เคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. วิเคราะห์ข้อมูลบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัย ค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดกับรูปแบบการบำบัด ทั้ง 3 ระบบ สัมครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ โดยใช้สถิติทดสอบไคว์ สแควร์ (Chi-square)

### จริยธรรมการวิจัย ( Research Ethics)

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่รหัสโครงการ STPHO2020-015

### ผลการศึกษา (Conclusion) ได้ผลตามลำดับ ดังนี้ คือ

1. กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**ตารางที่ 1** การประเมินปัจจัยนำเข้าในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกลุ่มผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด (n = 400)

ตัวแปร	ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู					
	สัมครใจ		บังคับบำบัด		ต้องโทษ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	151	91.1	143	87.0	67	95.3
หญิง	15	8.9	21	13.0	3	4.7

ตัวแปร	ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู					
	สมัครใจ		บังคับบำบัด		ต้องโทษ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
ต่ำกว่า 15 ปี	11	6.4	0	0	3	4.3
15 - 18 ปี	62	37.6	42	25.6	20	28.6
19 - 25 ปี	36	21.7	68	41.5	21	30.0
มากกว่า 25 ปี	57	34.3	54	32.9	26	37.1
<b>อายุในการใช้สารเสพติดครั้งแรก</b>						
ต่ำกว่า 15 ปี	33	19.7	17	10.1	21	30.6
15 - 18 ปี	93	56.1	74	45.4	25	35.3
19 - 25 ปี	31	18.5	52	31.5	18	25.9
มากกว่า 25 ปี	9	5.7	21	13.0	6	8.2
<b>ชนิดการใช้สารเสพติดใน 30 วันก่อนมาบำบัด</b>						
ไม่ใช้	8	5.1	6	3.7	4	5.9
ใช้	158	94.9	158	96.3	66	94.1
ยาบ้า	73	44.0	103	62.0	34	48.2
ไอซ์	39	23.6	36	22.2	28	40.0
น้ำกระท่อม	32	19.1	3	1.9	4	5.9
กัญชา	16	9.6	18	11.1	4	5.9
สี่คูณร้อย	6	3.7	1	0.9	0	0
สารระเหย	0	0	3	1.9	0	0

พบว่า ปัจจัยนำเข้าสู่ลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่เพศชาย จำนวน 361 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ อายุ 18 ปี จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1 อายุใช้สารเสพติดครั้งแรกส่วนใหญ่กลุ่มช่วงอายุ 15 - 18 ปี จำนวน 192 คน คิดเป็น

ร้อยละ 48.1 และมีการใช้สารเสพติดใน 30 วันก่อนมาบำบัดส่วนใหญ่ คือ ยาบ้า ไอซ์ และน้ำกระท่อม คิดเป็นร้อยละ 52.0 25.9 และ 9.8 ตามลำดับ

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จังหวัดสุราษฎร์ธานี



**ตารางที่ 2** ร้อยละปัจจัยด้านกำลังคน งบประมาณ สถานที่ และทัศนคติต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด (n = 29)

ตัวแปร	ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถใจ บังคับบำบัด ต้องโทษ
	ร้อยละ
<b>ปัจจัยด้านกำลังคน (ความเพียงพอของบุคลากร)</b>	
ไม่เพียงพอ	100
เพียงพอ	0
<b>ปัจจัยด้านงบประมาณ (ความเพียงพอของงบประมาณ)</b>	
ไม่เพียงพอ	64.0
เพียงพอ	36.0
<b>สถานที่</b>	
พร้อม	16.0
ไม่พร้อมแต่สามารถดำเนินการได้ (คับแคบ)	84.1
<b>ระดับทัศนคติต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ</b>	
ต่ำ (0 - 23 คะแนน)	4.0
ปานกลาง (24 - 31 คะแนน)	28.0
ดี (32 - 40 คะแนน)	68.0

พบว่า ปัจจัยด้านกำลังคน (บุคลากร) ไม่เพียงพอ ร้อยละ 100 งบประมาณ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.0 สถานที่ไม่พร้อมแต่สามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 84.1 และระดับทัศนคติต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.0 ซึ่งทำให้เกิดความสำเร็จในการบำบัดระดับสูง

**ตารางที่ 3** ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดกับระบบการบำบัด

ตัวแปร	n (400)	ร้อยละความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด		P-value
		ได้	ไม่ได้	
ระบบสมรรถใจ	166	58.0	42.0	0.009**
ระบบบังคับบำบัด	164	75.9	24.1	
ระบบต้องโทษ	70	68.2	31.8	

P-value ≤ 0.01

พบว่า ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เลิกยาเสพติดได้ 3 ระบบ จำนวน 268 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 ระบบ

สมรรถใจเล็กน้อยที่สุด ความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับระบบการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01(P-value ≤ 0.01)

## อภิปรายผล (discussion)

1. ผลการศึกษา พบว่ายาสเสพติดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีแนวโน้มขยายความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผู้ใช้ ยาเสพติดส่วนใหญ่เพศชาย อายุ เฉลี่ย 18 ปี อายุใช้สารเสพติดครั้งแรกอายุ 15 - 18 ปี และมีการใช้สารเสพติด ใน 30 วันก่อนมาบำบัดส่วนใหญ่ คือ ยาบ้า ไอซ์ และน้ำกระท่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (บุรฉัตร จันทรแดง. 2560) บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน ผลการศึกษา พบว่ายาสเสพติด มีการระบาดมาก ในภาคใต้ตอนบน ในกลุ่มเยาวชนหญิง อายุ 15 - 19 ปี พบทั้งที่อยู่ในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา ยาเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุดคือยาบ้า

2. ปัญหาที่พบ ระบบสมัครใจ (โรงพยาบาลและค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) ในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาสเสพติด ได้แก่ ด้านกำลังคน งบประมาณ สถานที่ และทัศนคติต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาสเสพติด ซึ่งขัดแย้งกับการประเมินผล ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดจังหวัดมหาสารคาม (สุนิรัตน์ ยั่งยืน สวรรค์ ธิติสุทธิ. 2558) ผลการศึกษา พบว่าด้านกำลังคนมีจำนวนเพียงพอ ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง เป็นศูนย์ประสานงานหลักในการดำเนินการ ฝ่ายตำรวจ มีหน้าที่รักษาความปลอดภัย ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดและการจราจร ส่วนฝ่ายสาธารณสุขก็มีบทบาทหลักในด้านกิจกรรมการบำบัด ด้านงบประมาณได้งบประมาณสนับสนุนจากศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดมหาสารคาม และมีการระดมทุนในชุมชน เช่น การทอดผ้าป่า ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ มีความเหมาะสมสอดคล้องกับกิจกรรมและเหมาะสมกับวัยของผู้เข้าบำบัดอุปกรณ์ต่าง ๆ สามารถใช้งานได้ดี

3. ความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด พบว่าการบำบัดรักษาระบบสมัครใจได้ผลสำเร็จน้อยกว่า เนื่องจาก มีปัญหาหลายแง่มุมเกี่ยวกับ ลักษณะพฤติกรรมของผู้เสพติด ชนิดยาเสพติดที่ใช้ ระยะเวลาในการใช้ยา ความแตกต่างของอายุ สารเสพติดที่ใช้ ความต้องการในการเลิกยา และความสัมพันธ์ระหว่างระบบการบำบัดและความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ. 2556) การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาสเสพติด พบว่าผู้ติดยาสเสพติดอาจจะใช้ยา และหยุดใช้กลับไปมาหลายครั้งจนกว่าจะเลิกได้โดยถาวรหรือการใช้และหยุดยาเป็นพักๆ กลายเป็นวิถีชีวิตของผู้ติดยาสเสพติดซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ (สุดปรานี ศรีโกมุท. 2546) การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบผู้ป่วยนอก (Matrix program): กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าการบำบัดรักษายาเสพติดเป็นเรื่องยาก ผลการติดตามหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาสเสพติด 1 ปี 6 เดือน เลิกเสพยาได้ร้อยละ 28.6 และหลังจากนั้น 6 เดือน เลิกเสพยาได้ร้อยละ 48.4

## ข้อเสนอแนะ (Recommendation) จากผลของการศึกษา

1. ปัญหาการขาดบุคลากรในการดำเนินการ เช่น เกษียณอายุ เปลี่ยนงาน มีการจัดอัตรากำลังทดแทน และพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาผู้ติดยาสเสพติด

2. ปัญหาขาดงบประมาณ มีการขอการสนับสนุนจาก NGO, (ภาคเอกชน และมูลนิธิ) รับบริจาคจากผู้บริจาค (พุทธ คริสต์ และอิสลาม) เพื่อเพิ่มสถานที่บำบัด ลดจำนวนผู้บำบัดที่แออัดในสถานบำบัดเดิม และจัดซื้อหาวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีให้เกิดความพร้อมในการบำบัด

3. ควรมีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าใหม่ เพื่อให้ระบบการรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ระบบสมัครใจ มีการมอบประกาศนียบัตร และให้ทุนในการประกอบอาชีพหลังบำบัดครบตามโปรแกรม

4. ระบบสมัครใจความสามารถเล็กลงได้น้อย เนื่องจากมีปัญหาหลายแง่มุมเกี่ยวกับ ลักษณะพฤติกรรม ของผู้เสพติด ชนิดของยาเสพติดที่ใช้ระยะเวลาในการใช้ยา ความแตกต่างของอายุ สารเสพติดที่ใช้ ความต้องการในการเลิกยา ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการบำบัด และความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด ซึ่งสามารถทำได้ โดยคัดเลือกหรือเปิดโอกาสผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาเสพติด และเข้าสู่กระบวนการบำบัดครบโปรแกรม จนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้มาเป็นพี่เลี้ยงเพื่อ ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และเสริมสร้างกำลังใจในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด 3 ระบบ คือ สมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ เช่น ระบบสมัครใจ การคัดเข้าใช้วิธีแบบกึ่งสมัครใจ ผสมด้วย เพราะมีจริยธรรมบังคับและสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา แต่ถ้ามีเงื่อนไขทางกฎหมายร่วมด้วย น่าจะเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัด ระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ควรมีการติดตามระหว่างการบำบัดและหลังบำบัดครบร่วมกัน

## เอกสารอ้างอิง (reference)

กระทรวงยุติธรรม. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2552). วารสารสำนักงานป.ป.ส. พิมพ์ ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ กระทรวงยุติธรรม.

กฤษดา วงษ์สน, และคณะ. (2556). ศีรษะเหตุแรงจูงใจและผลกระทบของผู้ติดยาเสพติดโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง. จังหวัดตรัง: วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

มานพ คณะโต. (2557). การศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถผู้เสพ ยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.กรุงเทพฯ: จรัสสนิท วงศ์การพิมพ์.

รอซีตะห์ มะสะแม. (2554). การใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด. จังหวัดปัตตานี: สารนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สำนักงาน ป.ป.ส. .(2554). ความรู้พื้นฐานเพื่อการป้องกันยาเสพติด ในเยาวชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอดี สแควร์.

สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. ยาเสพติดภัยร้ายที่ป้องกันได้จากครอบครัว. 2553. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ10 สิงหาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/node/15987>.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. วารสารสำนักงาน ป.ป.ส. เว็บไซต์ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. <https://nctc.oncb.go.th> กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนอุดมศึกษา; 2562.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). ผลงานเด่น (Best Practice). ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. กองบริหารการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด.

สุภร ชินะเกตต์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกัน ยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ. สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดราชบุรี: วิทยาลัยพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร.

อาภาศิริ สุวรรณานนท์ ชาติชาย มหาศีตะ กันณวัน ฟิลลิปส์ และสุจิตรา ฉายปัญญา. (2556). การวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.

Narcotics Control Commission. Annual Drug Performance Report 2018. Bangkok: Office of the Narcotics Control Commission; 2018.

Stufflebeam, D.L., et al. 1971. Educational Evaluation and Decision - Making, Illinois : Peacock. Publishers., Inc., Yamane, Taro. 1967.

Statistics : An Intro ductory Analysis. London : john Weather Hill,Inc.

## การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing Care of Chronic Pulmonary Disease Patients with Acute Exacerbation and Acute Respiratory failure: A Comparison of 2 Case Studies

อมรพันธุ์ ธานีรัตน์, ทศพร รัตนพันธ์

Amornpan Taneerat, Thotsaporn Rattanaphun

โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

#### บทคัดย่อ

กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลว มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล 11 แบบแผนของกอร์ดอน

#### ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ห้องฉุกเฉิน และส่งเข้ารับการรักษาในตึกไอซียูใช้เครื่องช่วยหายใจ รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์จนอาการดีขึ้นสามารถถอดท่อช่วยหายใจและย้ายออกจากไอซียูและกลับบ้านได้ในวันต่อมา รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมาก มีเสียงวี๊ดมาก พ่นยาขยายหลอดลม 2 ครั้ง ฉีดยาสเตียรอยด์ 1 เข็ม ไม่ได้ดีขึ้นได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งเข้ารับรักษาในตึกอายุรกรรมชาย ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดันแพथให้การรักษาด้วยยาขยายหลอดลมยาสเตียรอยด์ ยาขับปัสสาวะอาการไม่ดีขึ้น จึงรับย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ปรับขนาดยาขยายหลอดลม ให้ยาสเตียรอยด์ ถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 3 ของการรักษา ให้การฟื้นฟูสภาพ แนะนำการปฏิบัติตัวและจำหน่ายกลับบ้านในวันต่อมารวมเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและมีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ส่งผลให้ลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ ตลอดจนการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน, ภาวะหายใจล้มเหลว

## Abstract

There is increasing the chronic pulmonary disease patients with an acute exacerbation and acute respiratory failure. It is a major cause of death. Thus, the important role of nurses consists of three effective phases: critical nursing care; rehabilitation care, and discharge planning. It could be help patients safe. The purpose of this study was to compare the nursing care of two chronic pulmonary disease patients with acute exacerbation and acute respiratory failure. The study instruments were a data record form from medical record, relative interviewing, observation, and data analysis with Gordon's 11 functional health patterns.

The results revealed as follows;

The first case study, the patient was given an oxygen with a ventilator at emergency room and transfer to be treated in the ICU department. He was treated with the antibiotics, bronchodilator, and corticosteroids until symptom improved. It could be weaned ventilator and moved out from the ICU and discharge. Total length of stay was 6 days.

The second case study, the patient severely exacerbated and wheezed. He was treated with bronchodilator 2 times, steroid injection 1 dose, but the symptom not improved. He was given an oxygen with pressure-controlled ventilation and transferred to a male medicine department. He was treated with corticosteroids and diuretics but the symptom not improved. He was transferred to the critical care unit and was treat with a volume-controlled ventilation, adjust bronchodilator, and corticosteroids. Finally, it could be weaned a volume-controlled ventilation at day 3 of treatment. He was received rehabilitation, behavior advice and discharge planning. Total length of stay was 4 days.

In conclusion, assessment of chronic pulmonary disease patients with acute exacerbation and acute respiratory failure is the important of nurses' role. It is reduced of severe disease and mortality. Thus, nurse need to have knowledge, skillfulness and efficient discharge planning in order to patient safe and a good quality of life.

**Keywords :** Nursing care, COPD with acute exacerbation, Acute respiratory failure

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศไทยพบถึงร้อยละ 2.7-10.1 และจัดเป็นโรคที่คาดว่าจะเป็ สาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 3 (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2019) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 40 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2561 มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาสูงถึง 12,735 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของรายได้ ประชาชาติ และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ (สถาบันโรคทรวงอก, 2562) ซึ่งสาเหตุหลักของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การสูบบุหรี่และการสูดควันบุหรี่ เป็นเวลานาน คิดเป็นร้อยละ 80-90 (Schumann , 2010; GOLD, 2021) มีผลให้สมรรถภาพปอดลดลงเร็วเป็น 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเสริมที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และเกิดภาวะ หายใจล้มเหลว คือ การได้รับฝุ่น ควันและการติดเชื้อ (Schumann L., 2010)

สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 756 เตียง พบว่าสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และเป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรก ของโรงพยาบาลการกลับมารักษาซ้ำ (readmissions) มีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 744, 823 และ 758 รายตามลำดับ และจำนวน ครั้งการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในสูงถึง 844, 870 และ 850 ครั้งต่อปี

มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจล้มเหลว มีอาการรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 จำนวน 71, 66 และ 49 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 39.62, 31.11 และ 49.95 และกรณีที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจากสาเหตุการ ติดเชื้อที่ปอด จะเสียชีวิตถึงร้อยละ 85.71, 66.67 และ 76.65 (สถิติจากศูนย์ข้อมูลรพ. มหาราชนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2561-2563 ) ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อีกทั้ง ทางโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ที่สำคัญโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและ ภาวะเศรษฐกิจ

จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความรุนแรง ของโรค และเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจ ล้มเหลว ร่วมกับการติดเชื้อที่ปอด ควรได้รับการ ประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากก่อให้เกิด ความผิดปกติต่อสมดุลกรดด่าง และระบบการหายใจ อย่างมากและเฉียบพลันหากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ การใส่ท่อช่วยหายใจ และการจัดการแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว จะช่วย ผู้ป่วยให้ฟื้นคืนอันตรายได้ ทั้งนี้พยาบาลเป็นหนึ่งใน ทีมที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะ หายใจล้มเหลว จำนวน 2 ราย เพื่อให้เห็นความแตกต่าง ของการดูแล โดยได้นำทฤษฎีแนวคิดและแบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน (กอร์ดอน, 1994) ซึ่งเป็นการ ประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง จากการเจ็บป่วย มาประยุกต์ใช้ในการ ดูแลและ วิเคราะห์ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตให้มีคุณภาพ

ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและมีภาวะหายใจล้มเหลว

### วิธีการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลว และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วงเดือนกันยายน 2564 จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน ถ้าไม่ได้รับการค้นหาปัญหา การประเมินสภาพ และการดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้นและเสียชีวิตได้

2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยในเป็นกรณีศึกษาโดยการลงนามในใบยินยอม ในการรักษาพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล ทั้งนี้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติผู้ดูแลของผู้ป่วย สามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วย 11 แบบแผน ของกอร์ดอน

กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติ ระยะการฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาตั้งข้อวินิจฉัย วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และมีการประเมินซ้ำเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการรักษาพยาบาล ร่วมกับทีมแพทย์และครอบครัว

5. ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและตำราเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและภาวะหายใจล้มเหลวและได้รับการรักษา ด้วยการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ

### ผลการศึกษา

#### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

##### 1.1 กรณีศึกษาที่ 1

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย  
ชายไทยอายุ 74 ปี ประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังความดันโลหิตสูง และวัณโรคปอด รักษาตามนัด  
อาการสำคัญ : 5 ชั่วโมงก่อนมารพ. ไอบ่อยใช้ หายใจเหนื่อยหอบ มีเสมหะมาก ปัสสาวะออกดี พ่นยาขยายหลอดลม 4 ครั้ง ที่บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมารพ.

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน : 1 วันก่อนมา หายใจ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไอมีเสมหะสีเหลืองจำนวนมาก มีไข้ ซ้ำยามารับประทานแต่ไม่ทุเลา เหนื่อยหอบ หายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น นอนราบไม่ได้ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อาการแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน มีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลือง หายใจเหนื่อยหอบมาก



กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที พ่นยาขยายหลอดลม 4 puff 2 ครั้ง ไม่ดีขึ้น O2 saturation 86-87 % ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจขนาดท่อ 7.5 นิ้ว ความลึก 21cm. ความอิ่มตัว O2 ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น 92-95% E3VTM6 pupils 2 mm. RTL BE อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำ 96/56 มิลลิเมตรปรอท loading 0.9% NSS 1000 CC IV rate free flow 500 CC แล้ว ให้ อัตรา 100 cc/hr ความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท ประเมินการติดเชื้อ SOS score = 4 คะแนน รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2 ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร (volume cycle ventilator)

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ปี 2558 มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง old TB รับประทานนัตตลอด สูบบุหรี่มา 40 ปี วันละ 5-6 มวน เลิกบุหรี่ มา 5 ปี เริ่มมีอาการเหนื่อย หอบ และเข้ารักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากคิดว่าหายแล้วไม่จำเป็นต้องรักษาต่อจนกระทั่ง มีไข้เหนื่อยหอบและต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว :** ลูกสาวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาอยู่ บุคคลในครอบครัวปฏิเสธ โรคติดต่อร้ายแรง และโรคทางพันธุกรรมใด ๆ

**การวินิจฉัย** COPD with acute exacerbation with pneumonia with respiratory failure

**การรักษา** ในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ปลุกตื่น E3VTM6 pupils 2 mm. RTL BE ผล ABG pH 7.16 PaCO<sub>2</sub> 48.6 PO<sub>2</sub> 69.9 HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 16.2 mEq/L ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร setting Tidal volume 550 cc FiO<sub>2</sub> 0.4 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที PEEP 5 mode PCMV

ควบคุมความดัน 20 ให้ 7.5%NaHCO<sub>3</sub> 50 cc push IV O2 saturation 95% ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 102 mg% ความดันโลหิต 146/96 มิลลิเมตรปรอท T= 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที EKG Retained Foley's catheter แพทย์ให้เก็บเลือดและเสมหะส่งตรวจเพาะเชื้อ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2gms IV ทุก 8 ชั่วโมง เหนื่อยหอบเป็นช่วง ๆ เคาะปอดดูตื้นเสมหะ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง พ่นยา Berodual ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยา Dexamethasone 5 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ฟังปอดด้านขวาได้ยินเสียง กรอบแกรบ เสมหะเหลวจำนวนมาก ส่งตรวจทางรังสี x-ray ให้ Lasix 20 mg IV วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน กระสับกระส่ายให้ Fentanyl (1:10) 10 mcg/hr IV หอบลดลง พักหลับได้ หยุดให้ Fentanyl ในวันที่ 2 ของการรักษา ติดตามภาวะน้ำเข้า-ออก ปัสสาวะออกดี 2,900-32,000 /วัน ใส่ Nasogastric tube ให้อาหารเหลวทางสายยาง 300 CC วันละ 4 ครั้ง ไม่มีไข้ ผลเจาะเลือดเพาะเชื้อปกติ แต่ผลเพาะเชื้อเสมหะพบการติดเชื้อ klebsiella Pneumoniae วันที่ 3 ผู้ป่วยหอบน้อยลง ไม่มีไข้ เริ่มโปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 4 ของการรักษาตั้ง setting PSV mode FiO<sub>2</sub> 0.4 PS 6 หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ วัด O2 saturation 95-96% และถอดท่อหายใจได้ ในวันที่ 4 เผื่อระวังอาการหลังถอดท่อหายใจจนอาการคงที่ เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ในวันที่ 5 ของการรักษา ให้ยาฆ่าเชื้อครบ 5 วัน และกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 6 วัน

### 1.1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปแบบแผนที่มีผลกระทบได้ 9 แบบแผน ดังนี้

- **แบบแผนด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ** ผู้ป่วยรับรู้ว่ามิใช่ คิดเชื่อแล้วไม่ไปพบแพทย์ ซ้ำยังรับประทานเอง ทำให้โรคมีการกำเริบเฉียบพลัน รับรู้ว่าเหนื่อยมากกว่าทุกครั้ง หายใจออกลำบาก ต้องออกแรงหายใจมากขึ้น อาการรุนแรงมากกว่าทุกครั้ง ที่ผ่านมา เมื่อเหนื่อยหอบมากขึ้น ทำให้กังวล กลัว หายใจไม่ออก จึงรีบมาโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ และจัดการอาการเฉียบพลันของผู้ป่วย (อิงครัตน์ และคณะ, 2560)

- **แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญ** หลังใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ให้งดอาหาร น้ำและยาทุกชนิดทางปาก 2 วัน ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ 0.9 NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และได้รับอาหารเหลวทางสายยาง จนถอดท่อช่วยหายใจ ออกได้

- **แบบแผนด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ปกติช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนบนเตียงใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตร ต่าง ๆ ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมดจากพยาบาล เมื่อกลับบ้าน ก็ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ช่วยเหลือให้ฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น

- **แบบแผนสติปัญญาการรับรู้** หายใจเหนื่อยหอบมาก อวัยวะสำคัญได้รับเลือดไม่เพียงพอ การรับรู้สติในช่วงแรกไม่เต็มที่ สับสน เป็นบางครั้ง พักผ่อนได้น้อยมากเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย มีไข้ ไอบ่อย เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และเปลี่ยนสถานที่พยาบาล พยายามทำกิจกรรมพยาบาลให้เรียบร้อยในครั้งเดียว ลดการรบกวนผู้ป่วย หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การรับรู้สติดีขึ้น แต่มีการสื่อสารลำบาก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะหูตึงร่วมด้วย

- **แบบแผนความเชื่อและการปรับตัว** ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว คือ คำสอนของพระพุทธศาสนา แต่กังวลและเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยายามให้การดูแลตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาล ให้ญาติ VDO call กับผู้ป่วย และสามารถปรึกษาแพทย์ได้ ผู้ป่วยคลายกังวลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ผลตรวจทางรังสี Chest x-ray พบ Infiltration Left lower lobe

**ตาราง 1** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					
		Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6
WBC	5-10 x 10 <sup>3</sup> /ul	14.4	12.2	7.9	10.6	8.5	-
RBC	4.7-6.1x 10 <sup>6</sup> /ul	4.18	4.3	-	-	-	-
Neutrophil	45-75%	85	75	65	-	49	-
Lymphocyte	25-35%	14	16	24	-	28	-
BUN/Cr	8-12/0.72-1.18mg%	38/1.56	25.5/1.25	17/0.95	-	12/0.73	-

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					
		Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6
Blood sugar	126%	138	130	132	126	106	88
วิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง							
ABG	pH 7.25-7.35 PaCO2 35-45 PO2 83-108 HCO3- 18-23 BE (B) -2.1-3.0	pH 7.21 PaCO2 48.6 PO2 59.9 HCO3- 16.6	pH 7.36 PaCO2 35.6 PO2 96.5 HCO3- 20	pH 7.36 PaCO2 35.6 PO2 98.6 HCO3- 22	pH 7.40 PaCO2 38.6 PO2 95 HCO3- 27.2	- - - +3	- - -
Sputum C/S	Not found	klebsiella Pneumoniae	-	-	-	-	-
LFT							
Albumin	3.5-5.2	2.9	-	-	-	-	3.7
SGOT	<50ul	2.8	-	-	-	-	52
SGPT	<50ul	30	-	-	-	-	146
ALP	65-260	190	-	-	-	-	220
Total protein	6.6-8.3	5.1	-	-	-	-	7.9
PT/INR	11-13.2 sec	21.2/1.85	13.3/1.35	18/1.23	-	-	-

## 1.2 กรณีศึกษาที่ 2

### 1.2.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ชายไทยอายุ 71 ปี ประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมองตีบ

**อาการสำคัญ :** 4 ชั่วโมงก่อนมารพ. หายใจหอบเหนื่อย มีเสียงวี๊ด ไอมีเสมหะขาวขุ่น เหนียวไม่มีไข้

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** เพศชาย อายุ 71 ปี โรคประจำตัว คือ COPD ,LHF, Old CVA, Old TB

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน :** 1 วัน เหนื่อยหอบมาก หายใจมีเสียงวี๊ดมาก ไอมาก

เสมหะขาวเหนียวจำนวนมาก พ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน 2 ครั้ง ไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน เหนื่อยหอบมาก อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ซีพีจอร์ 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 146/86 มิลลิเมตรปรอท พ่นยาขยายหลอดลม 2 ครั้ง ผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 102 mg% ให้ 0.9% NSS 1000 CC IV rate 60 cc/hr ให้ยาสเตียรอยด์ 1 เข็ม กระตุ้นกระสาย วัตออกซิเจนปลายนิ้ว 89 % แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาดท่อ 7.5 นิ้ว ความลึก 22 cms. ดูดเสมหะให้ วัตออกซิเจนปลายนิ้วเพิ่มขึ้น 92 % ส่งเข้ารับรักษาในตึกอายุรกรรมชาย

**การวินิจฉัย** COPD with acute exacerbation with respiratory failure

**การรักษา** ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมความดัน (Bird's respirator) setting Tidal volume 500 cc FiO2 0.4 I:E 1:2 อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดัน 20 ยังเหนื่อยหอบมาก ต้องช่วยปั๊มช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้ตัว E4VTM6 pupils 2 mm. RTL BE ไอบ่อย เสมหะเหนียวจำนวนมาก ดูดเสมหะบ่อยมาก ส่งตรวจทางรังสี x-ray, EKG, Retained Foley's catheter ผล ABG pH 7.30, PaCO2 54.2, PO2 67.9 HCO3- 26.2 O2 saturation 87-88% อาการไม่ทุเลา ให้ยา Berodual ทุก 4 ชั่วโมง ให้ยา Dexamethazone 5 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานยาหอบหืดชนิดสูดดม 2 ใน 4 ชั่วโมง หลัง admitted เพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ปรับ setting Tidal volume 500 cc FiO2 0.4 ตั้งอัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที PEEP 5 mode PCMV ควบคุมความดัน 20 เคาะปอด ดูดเสมหะปรับขนาดยาขยายหลอดลมให้ทุก 2 โมง 4 ครั้ง และให้ต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ผล ABG ดีขึ้น pH 7.35, PaCO2 44.2, PO2 95.9 HCO3- 23.2 O2 saturation 99 % หายใจเหนื่อยลดลง และปรับขนาดยาลดลง ในวันที่ 2 เข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และได้ถอดท่อช่วยหายใจในวันที่ 3 ของการรักษา ปรับยาขยายหลอดลมเป็นชนิดรับประทานต่อเนื่อง ให้การฟื้นฟูสภาพ แนะนำการปฏิบัติตัวและจำหน่ายกลับบ้านในวันต่อมารวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

### 1.1.2 ข้อมูลการประเมินสภาพ กรณีศึกษาที่ 2

การประเมินภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน สรุปแบบแผนที่มีผลกระทบได้ 5 แบบแผน ดังนี้

- **แบบแผนด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ** ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมีการกำเริบเฉียบพลัน หลังจากได้รับฝุ่น และควันบุหรี่ (จันทิรา เจียรณัย, 2560) รับรู้ถึงอาการจุกแน่นหน้าอก หลอดลมตีบ หายใจเสียงวี๊ดชัดเจน หายใจเข้าลำบาก หายใจไม่อิ่ม อาการรุนแรงมากกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา (อิงครัตน์ รอดการทุกข์และคณะ, 2560) และไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใส่ท่อและใส่เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- **แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญ** หลังใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ให้งดอาหาร น้ำ และยาทุกชนิดทางปาก 1 วันได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ 0.9 NSS 1,000 มิลลิลิตร หยดในอัตรา 60 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และได้รับอาหารเหลวทางสายยาง และเริ่มกินอาหารได้ตามปกติหลังถอดท่อหายใจ

- **แบบแผนด้านกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** จากภาวะเจ็บป่วย หายใจหอบเหนื่อย ต้องนอนบนเตียงใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลกระทบต่อการทำงานต่าง ๆ ด้วยตนเอง พยาบาลต้องช่วยเหลือให้ฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น เดิมจะท้องผูก ไม่มีปัญหาเรื่องปัสสาวะ แต่ขณะเจ็บป่วยแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต เนื่องจากมีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว หลังอาการดีขึ้นปัสสาวะได้ปกติ ท้องผูกเพิ่มขึ้น ต้องใช้ยาระบาย และพยาบาลต้องดูแลความสะอาดให้ทั้งหมด

- **แบบแผนสติปัญญาการรับรู้** หายใจหอบมาก อวัยวะสำคัญได้รับเลือดไม่เพียงพอการรับรู้สติไม่เต็มที่ หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การรับรู้สติดีขึ้น พักผ่อนได้น้อย ไอบ่อย เสมหะมาก หอบนอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย กลัวหายใจไม่ออก และเปลี่ยนสถานที่ พยาบาลเคาะปอด ดูดเสมหะ พยายามขยายหลอดลมให้พุดคุยให้กำลังใจ พักหลับได้มากขึ้น

- แบบแผนความเชื่อและการปรับตัว  
เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้หายและกลับบ้านได้  
ผู้ป่วยสีหน้ากังวลขณะเข้ารับการรักษา และเครียด  
กลัวว่าจะไม่สามารถกลับไปทำงานได้อีก

ผลตรวจทางรังสี Chest x-ray พบ Hyper inflation  
และมี corpulmonale

**ตาราง 2** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษาที่ 2

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ					
		Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6
WBC	5-10 x 10 <sup>3</sup> /ul	8.5	8.4	-	90		
RBC	4.7-6.1x 10 <sup>6</sup> /ul	4.8	5.0	-	5.2		
Neutrophil	45-75%	75	75	65	-		
Lymphocyte	25-35%	16	19	25	-		
BUN/Cr	8-12/0.72-1.18 %	41/1.3	32/1.2	33/0.95	-		
Blood sugar	130%	118	110	-	108		
วิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง							
ABG	pH 7.25-7.35 PaCO <sub>2</sub> 35-45 PO <sub>2</sub> 89.9 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 18-23 BE (B) -2.1-3.0	pH 7.26 PaCO <sub>2</sub> 56.6 PO <sub>2</sub> 89.9 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 18 -1.7	pH 7.36 PaCO <sub>2</sub> 35.6 PO <sub>2</sub> 94.5 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 20 - 2.8	pH 7.36 PaCO <sub>2</sub> 35.6 PO <sub>2</sub> 95.6 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 22 +2	pH 7.40 PaCO <sub>2</sub> 38.6 PO <sub>2</sub> 95 HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> 95 +1 +3	-	-
Sputum C/S	No growth	No growth					

การเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ในประเด็นแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ การพยาบาล  
ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และความร่วมมือในการดูแลของครอบครัวรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
<p>1. แบบแผนสุขภาพ ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบท่อ 9 แบบแผน ดังที่กล่าวมาแล้ว</p>	<p>1. แบบแผนสุขภาพ ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบท่อ 9 แบบแผน ดังที่กล่าวมาแล้ว</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพดังกล่าว เนื่องจากสูงอายุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เมื่อมีอาการป่วยที่รุนแรง ไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องดูแลทั้งหมดเฝ้าระวังสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พยาบาลต้องทดแทนดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด มีการบกพร่องด้านการสื่อสารหูตึง กล้ามเนื้อมากเกร็ง นอนไม่หลับ ต้องได้รับยานอนหลับต่อเนื่อง พยาบาลต้องมีทักษะ ความเข้าใจ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และให้การช่วยเหลือตรงตามความต้องการ กรณีศึกษาที่ 2 มีผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพ เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุ เมื่อมีอาการป่วยรุนแรง หายใจเองไม่ได้ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ กล้ามเนื้อหายใจไม่ออก พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดในภาวะวิกฤต แต่เมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้</p>
<p>2. พยาธิสภาพของอาการ/อาการแสดง -มีไข้ ไอ หอบมาก 5 ชั่วโมงก่อนมารพ. -เสมหะเหลืองเหลว จำนวนมาก หายใจหอบมาก ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ ปนเสียงวี๊ด</p>	<p>2. พยาธิสภาพของอาการ/อาการแสดง -ไม่มีไข้ ไอมาก หอบเหนื่อย -เสมหะสีขาวเหนียวจำนวนมาก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 มีการติดเชื้อของทางเดินหายใจ กระตุ้นให้ร่างกายหลังเสมหะออกมามากขึ้น เสมหะมีสีเหลืองจำนวนมาก ขับออกไม่หมด จึงขาดประสิทธิภาพในการทำทางเดินหายใจให้โล่ง ร่วมกับหลอดลมหดเกร็งตีบแคบลง หายใจมีเสียงวี๊ด อีกทั้งมีการติดเชื้อที่ปอดมีน้ำในปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง (PaO<sub>2</sub> &lt;79.9) เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซึ่งไม่สามารถหายใจได้เอง เกิดภาวะเลือดเป็นกรดขึ้น metabolic acidosis (pH 7.21, HCO<sub>3</sub>- ต่ำ= 16.6)</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการหอบเฉียบพลัน หลังได้รับฝุ่นและควันบุหรี่ ไอ หายใจเข้าไม่สะดวก มีเสียงวี๊ดขณะหายใจเข้า จุกแน่นหน้าอก เนื่องจากหลอดลมหดเกร็งตัว หายใจลำบาก และระคายเคือง เกิดการอักเสบทำให้หลังเสมหะออกมาก ไอออกได้ไม่หมด และเป็นโรคถุงลมโป่งพองอยู่เดิมแล้วทำให้เกิดการคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO<sub>2</sub> สูง 49.6) เกิด respiratory acidosis</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
<p><b>3. การรักษา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- on OET with Ventilator</li> <li>-On 0.9%NSS 1000 cc loading 500 cc then IV 60 cc/hr</li> <li>- Berodual MDI 4 puff q 4 hrs</li> <li>- Dexamethazone 5 mg IV q 8 hrs</li> <li>- ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2gms IV q 8 hrs</li> <li>- ให้อาชีพัสสาวะ Lasix 20 mg IV OD</li> </ul>	<p><b>3. การรักษา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- on OET with Ventilator</li> <li>- On 0.9 NSS 1000cc IV 60 cc/hr ไม่มี loading</li> <li>- Berodual MDI 4 puff q 2 hrsx 4 then 4 puff q 4 hrs</li> <li>- Dexamethazone 5 mg IV q 6 hrs</li> <li>- ไม่ให้อาชีพชีวนะ</li> <li>-ไม่ต้องให้อาชีพัสสาวะ</li> </ul>	<p><b>การรักษา</b> ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตรและย้ายเข้าไปรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเหมือนกัน ได้รับการแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะเลือดเป็นกรด โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะเลือดเป็นกรดจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ส่วนรายที่ 2 มีภาวะเป็นกรดที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ระบบหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาและพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยรายที่ 1 ให้อาชีพชีวนะรักษาอาการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีภาวะติดเชื้อ</p>
<p>4. การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ</p> <p>4.1 การพยาบาลระยะวิกฤต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด</li> <li>4.1.1 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ประเมิน airway pressure ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง</li> <li>4.1.2 ติดตามผล ABG</li> <li>4.1.3 Ventilator care</li> <li>4.1.4 ประเมินภาวะติดเชื้อ sos score ทุกเวร ถ้า &gt; 4 คะแนน ประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ notified แพทย์</li> <li>4.1.5 การให้อาชีพายาลดออกตรมและยาโคติโคสเตียรอยด์</li> <li>4.1.6 ดูแลให้ได้รับโปรแกรม weaning</li> </ul>	<p>ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>4.1.2 Ventilator care</p> <p>4.1.3 ติดตามผล ABG และ notified</p> <p>4.1.4 การให้อาชีพายาลดออกตรมและยาโคติโคสเตียรอยด์</p> <p>4.1.5 ดูแลให้ได้รับโปรแกรม weaning</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะแรกผู้ป่วยมีภาวะ metabolic acidosis หลังให้การแก้ไขอาการติดเชื้อ มีการประเมินภาวะติดเชื้อเบื้องต้นโดยใช้ SOS Score ถ้า &gt; 4 คะแนนให้ notified และปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis แต่ผู้ป่วยรายนี้ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อไม่มีภาวะ sepsis แต่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผล sputum พบ klebsiella pneumoniae ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะครบ 5 วัน</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 มีการอุดตันของทางเดินหายใจเฉียบพลันเกิดภาวะหายใจล้มเหลว/ประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง แต่ไม่มีการติดเชื้อที่ปอดให้การดูแลแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและให้อาชีพายาลดออกตรมตามแผนการรักษา</p>
<p>4.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ</p> <p>4.2.1 อธิบายกิจกรรมและปัจจัยที่ทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น</p> <p>4.2.2 ให้ทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทีละน้อยเท่าที่ร่างกายจะทนได้</p> <p>4.2.3 สอนเทคนิคการหายใจที่มีประสิทธิภาพ เช่น การทอริมฝีปาก</p> <p>4.2.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิดเขยเท่าที่จำเป็น</p> <p>4.2.5 จัดให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนทางด้านอารมณ์</p>	<p>4.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ</p> <p>4.2.1. ประเมินสภาวะผู้ป่วยและความก้าวหน้าของโรค ฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง</p> <p>4.2.2 จัดทำให้เสมหะออกง่าย โดยลุกขึ้นนั่งบนเตียง จัดท่าสูง 30-45 องศา</p> <p>4.2.3 ฝึกกล้ามเนื้อหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมร่วมกับการทอปากในช่วงการหายใจออกประมาณ 5 นาที</p> <p>4.2.4 ฝึกการไอที่มีประสิทธิภาพ สอนให้ผู้ป่วยประคองทรวงอกขณะหายใจเข้า-ออกโดยแรงเพื่อขับเสมหะ</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 1 เดิมเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม และปอดมีพยาธิสภาพ จึงต้องการระยะเวลาและรายละเอียดในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 รวมถึงการเตรียมเจ้าหน้าที่ การสอนเทคนิคต่าง ๆ ต้องสอนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง พร้อมกับสอนผู้ดูแลด้วย และต้องส่งข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>กรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่ออาการทุเลาสามารถเข้าสู่โปรแกรม weaning ได้และถอดท่อหายใจได้เร็ว การฟื้นฟูสภาพและการเตรียมเจ้าหน้าที่ทำได้เร็วกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 และสอนผู้ป่วยได้โดยตรง</p>

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
4.3.การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 4.3.1 ประเมินข้อมูลความรู้ การดำเนินชีวิตและสุขนิสัย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้ช่วยเหลือ 4.3.2 สอนเทคนิคการเคาะปอดให้กับผู้ดูแลและประเมินผล 4.3.3 สอนและสังเกตวิธีการพ่นยาขยายหลอดลมที่ถูกต้อง 4.3.4 ส่งข้อมูลเข้าโปรแกรม smart COC เพื่อให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	4.3.การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 4.3.1 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแล แหล่งประโยชน์ สภาพครอบครัว รวมถึงการส่งต่อสู่ชุมชนและครอบครัว 4.3.1 ประเมินข้อมูลความรู้ การดำเนินชีวิตและสุขนิสัย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้ช่วยเหลือ 4.3.2 ร่วมอภิปรายเรื่องแผนการจำหน่ายกับทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม 4.3.4 ส่งข้อมูลเข้าโปรแกรม smart COC เพื่อให้เครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน	

**ผลลัพธ์**

การประเมินภาวะสุขภาพใช้แนวคิดแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนระบุปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมองค์รวมวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลกรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรคหัวใจล้มเหลวและโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่พ่นยาขยายหลอดลมไม่สม่ำเสมอ ประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 40 ปี หยุดสูบบุหรี่มา 5 ปี มีอาชีพรับเหมาก่อสร้างสุดคมควันบุหรี่ปริมาณมากเพื่อนร่วมงานเมื่อมีสิ่งกระตุ้น จะเกิดอาการเหนื่อยหอบจะทำให้โรคกำเริบเฉียบพลันรุนแรง และนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ในขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากการติดเชื้อ มีไข้ เกิดปอดอักเสบ มีอาการกำเริบเฉียบพลันจนทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันตามมา

การพยาบาลที่ให้จึงแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

- 1) การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ
- 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติ เป็นการฟื้นฟูสภาพ และ
- 3) การพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

**กรณีศึกษาที่ 1** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงอายุ

มาด้วยอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ผล sputum พบ klebsiella pneumoniae ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีการประเมินภาวะติดเชื้อเบื้องต้น โดยใช้ SOS Score ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อไม่มีภาวะ sepsis มีเสมหะคั่งค้างจำนวนมากกำจัดออกเองไม่ได้ ทำให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อวัยวะสำคัญขาดออกซิเจน ต้องใส่ท่อหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ติดเชื้อระยะแรกผู้ป่วยมีภาวะ metabolic acidosis หลังให้การแก้ไขภาวะวิกฤติจนสามารถถอดท่อหายใจออกได้ และฟื้นฟูสภาพ เพื่อเตรียมจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 6 ของการรักษา

**กรณีศึกษาที่ 2** ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สูงอายุ เช่นเดียวกัน มาด้วยอาการไอบ่อย หอบ เสมหะเหนียวจำนวนมาก ไม่มีไข้ มีอาการกำเริบเฉียบพลันจากได้รับการกระตุ้นจากควันบุหรี่ปริมาณมาก



และฝุ่นละออง จากที่ทำงานก่อสร้างหลอกลมหุดเกร็ง พนยาไม่ทุเลา จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะคั่งค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ จากผลการตรวจ ABG อาการดีขึ้นทันทีหลังจากได้รับการแก้ไขที่รวดเร็วสามารถถอดท่อหายใจได้เร็วในวันที่ 3 และกลับบ้านได้ในวันที่ 4 ของการรักษา

### อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลว ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเห็นความก้าวหน้าของการพยาบาลตั้งแต่การประเมินโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและระยะเตรียมจำหน่าย เมื่อมีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นภาวะที่ระบบการหายใจไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของระบบทางเดินหายใจที่รวดเร็ว และถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามของชีวิตได้

### ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจล้มเหลว และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเหมือนกัน แต่มีสาเหตุการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และมีภาวะหายใจล้มเหลวที่ต่างกันทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรค เนื่องจากผู้ป่วยกรณีที่ 1 มีการติดเชื้อที่ปอดทำให้มีอาการรุนแรงกว่าและต้องรับการรักษาที่ยาวนานกว่า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่ออวัยวะสำคัญมากกว่า ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันและมีภาวะหายใจล้มเหลว ในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว รวมทั้งควรได้เข้าร่วมดูแลกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินความต้องการอย่างครอบคลุมทุกด้าน และการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

### เอกสารอ้างอิง

- กรกนก แสนสุภาและคณะ. (2554). การบริหารกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เพื่อลดระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจใน ผู้ป่วยหนักโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์. ปีที่ 19(1), 47-55.
- จันทรา เจียรณย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน อรุณช อวิรุทธ -ไพบูลย์ อิศริย์ ดัน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการผันแปรของออกซิเจน และการระบายอากาศ. (5), 363-383 และ 419-421. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ธนิตดา เลิศลอยกุลชัย. (2563). ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน จากภาวะกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(2), 11-23 .
- พรรณนิภา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 29(2): 18-26.

วันเพ็ญ ลายสือและคณะ. (2553). ผลของการทำ Active respiratory muscle exercise ต่อการหยาเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วย COPD. ในเอกสารการประชุมสัมมนาวิชาการ ครั้งที่ 2 โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (2561-2563). สถิติข้อมูลประจำปีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการตาย2019 [cited 2021 September 20]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_strategy\\_2561.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy_2561.pdf).

อิงครัตน์ รอดการทุกข์และคณะ.(2560). อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปัจจัยกระตุ้นและวิธีการจัดการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, ปีที่ 37(2), 1-13.

Alicia CerezoLajas, et al. (2018). Readmission Due to Exacerbation of COPD: Associated Factors. Comparative Study Lung. NationalLibrary of Medicine, Apr;196(2) 185-193.Epub 2018 Feb 14, From <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29445935/>.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021). Global strategy for the diagnosis,management,and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep25]. Available from: [https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20\\_WMV.pdf](https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf)

Schumann L. (2010). Restrictive pulmonary order, in Copstead LC, Babasik JL (Editors). Pathophysiology. 4th Ed. St Louise, MO: Sauder Elsevier, 2010, p. 563-588.

Viniol C, Vogelmeier CF. (2017). Exacerbations of COPD. Eur Respir Rev. 2018; 27(147). pii: 170103.

World Health Organizasion. Mortality and global health estimates2019 [cited 2021 September 20].Available from: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/).

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
(อสม.) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

Development of Health Literacy upon Operation of Village Health Volunteers  
during Pandemic of Corona Virus Disease 2019

Sriracha District, Chonburi Province

กมนต์ อินทรวิชัย

Kamon Intaravichai

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา

Sriracha Public Health Office

ญาณันธร กราบทิพย์

Yananthorn Krabthip

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

Sirindhorn College of Public Health Chonburi

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อพัฒนาแนวทางสร้างความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มประชากรในการศึกษาคือ อสม. ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,989 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G\*Power ได้จำนวน 1,011 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางด้านสุขภาพ และบทบาทในการดำเนินงานของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการสัมภาษณ์แลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะทางการพัฒนาความรู้ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอประเด็นตามหลักการจัดกลุ่มเนื้อหาอิงแนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีระดับความรู้สูงสุด คือ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ สำหรับบทบาทการดำเนินงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับควรได้รับการพัฒนา ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการให้คำแนะนำประชาชนอยู่ในระดับดี สำหรับแนวทางการเสริมสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ พบข้อสรุปอิงตามแนวคิดการ

สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยประยุกต์กลยุทธ์เสริมทักษะการสื่อสารร่วม ดังนี้ 1) พัฒนาและเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้สุขภาพที่จำเป็น ด้วยการประเมินความรู้ 2) พัฒนาความเข้าใจ ข้อมูลบริการด้านสุขภาพ กับภาคีเครือข่าย ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 3) สร้างความมั่นใจ ได้ตามข้อมูล ด้วยการสื่อสารสองทาง 4) สร้างเสริมความสามารถตัดสินใจรู้เท่าทันสื่อ ด้วยการตรวจสอบ 5) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแหล่งข่าว ที่หลากหลาย และ 6) พัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมความรู้บรรยากาศความเป็นกันเอง และประยุกต์ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ โดยออกแบบกิจกรรมสะท้อนคิดร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง คือ ทบทวนคุณค่าจากความรู้และประสบการณ์ นำมากำหนดเป้าหมายว่าจะปฏิบัติอะไร ลงมือปฏิบัติกิจกรรมหรือนั้นเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย และนำประสบการณ์ที่ได้รับมาไตร่ตรองสะท้อนคิด ค้นหาคุณค่า แบ่งปัน และแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ใหม่ ผลการประเมิน พบว่า อสม.มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์และกำหนดเป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยตนเองตามข้อจำกัด/อุปสรรค จากกระบวนการกลุ่ม โดยวางแผนจะปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตาม มาตรการ ป้องกันและควบคุมโรค และทบทวนความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยต่อเนื่อง สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน ที่ดูแล สามารถเข้าถึงข้อมูลและมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาและสร้างความเข้าใจ รวมถึงมีช่องทางการสื่อสารผ่านโปรแกรมประยุกต์

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผน ออกแบบสร้างแนวทางพัฒนากระบวนการทำงาน และยังสามารถใช้เป็นแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## Abstract

This research and development aimed to analyze levels of health literacy about the Corona Virus Disease 2019, the role of the Village Health Volunteers (VHVs) and to develop the guidelines to enhance VHVs' health literacy on the Corona Virus Disease 2019. The study subjects were 1989 VHVs in Sriracha District, Chonburi Province. The 1,011 samples calculated with G\*Power program were recruited by multi-stage sampling. Quantitative data were collected by questionnaire on health literacy and roles in operation of VHVs during the situation. Qualitative data were collected by guidelines for group discussions based on seminar applied to exchange guidelines for developing health literacy. Quantitative data were analyzed and presented by mean, percentage, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis and presented based on the principle of grouping words according to the theory of building health literacy.

The results showed that overall VHVs' health literacy was in fair level. The highest-level aspects were understanding information and adequate health services. In terms of the VHVs' roles, overall was in need improvement level. The highest-level aspect was giving advices to people in good level. In terms of guidelines to enhance health literacy, it can be summarized based on the concept of building health literacy with communication strategies as follows: 1) developing and disseminating essential health information and knowledge; 2) developing understanding, information, and health services with network partners; 3) building confidence and asking for information with two-way communication ; 4) enhancing the ability of decision-making about media literacy; 5) checking the credibility of information sources ; and 6) developing working approaches to promote literacy and applying electronic media various applications; The findings should be designed reflective activities by combining activities with the concept of self-transformation learning based on the principles of: 1) setting goals for what to learn, 2) implementing the activities or tasks to achieve and learn according to the goals, and 3) reflecting on the gained experiences, answering questions, sharing and exchanging information to lead to the established learning goals. The evaluation results found that VHV has knowledge and understanding able to analyze and set goals for self-development of health literacy

This research can be applied to plan or design for work processes. It can also be used as a guideline for public health agencies to develop VHVs' health literacy during this situation, skillfulness and efficient discharge planning in order to patient safe and a good quality of life.

**Keywords** : Health Literacy, Novel Coronavirus Disease 2019, Village Health Volunteers

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อุบัติขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ที่ประเทศจีน และมีการระบาดและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว มีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ จนกลายเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ข้อมูลวันที่ 30 มีนาคม 2564 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 128,174,080 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมทั้งสิ้น 2,802,698 ราย ขณะที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 28,821 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมทั้งสิ้น 94 ราย สำหรับจังหวัดชลบุรีมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 1,490 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมทั้งสิ้น 5 ราย โดยอำเภอศรีราชา มีจำนวนผู้ป่วยสะสมสูงสุดของจังหวัดชลบุรี คือ 312 ราย ในจำนวนนี้ยังไม่พบผู้เสียชีวิต จึงต้องเร่งควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างเร่งด่วน (World Health Organization, 2020; Hashemi-Shahri SM, et al., 2020; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564)

การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้สร้างความเข้าใจกับประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขภาคประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เข้าใจสภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่อย่างดี (รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ, 2564) อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงกับประชาชนตามบทบาทหน้าที่ ฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสำรวจข้อมูลสถานการณ์โรค เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเยี่ยมบ้านในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง แต่มีผลการวิจัยพบว่า หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการเข้าใจเรื่อง

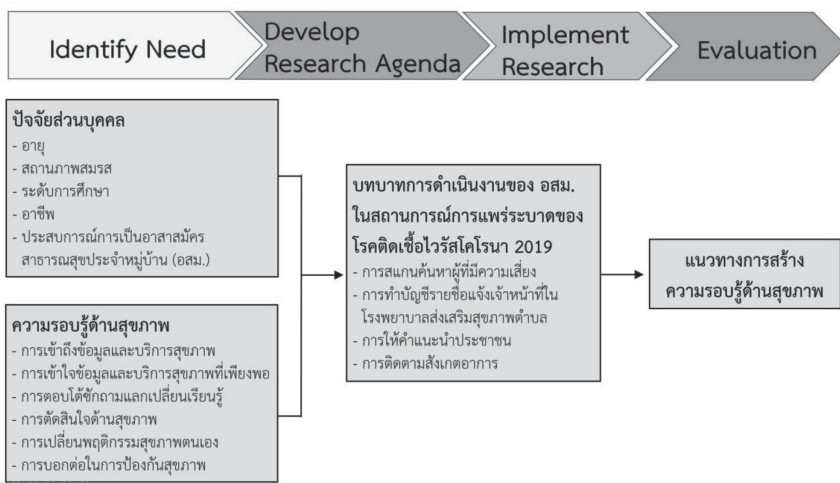
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาการระบาดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบปัญหาความสับสนในเรื่องโรค รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน (เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์, 2564) ดังนั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม. จำเป็นต้องได้รับพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคสามารถเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมถึงสามารถปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองตามคำสั่งการติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (McCaffery KJ, et al., 2020)

เมื่อทบทวนผลการศึกษาลึกเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน อสม. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีการศึกษาน้อยมาก โดยการศึกษาที่พบได้น่าองค์กรประกอบของแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาเป็นสื่อในการให้ประชาชนมีความเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของตนเอง (รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ, 2564) เพื่อสร้างความตระหนักร่วมกันตั้งเป้าหมายสุขภาพ ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ซึ่งจังหวัดชลบุรี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีการกำหนดนโยบายให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลประเด็นสำคัญของการสื่อสาร (Key message) ความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่แต่ละอำเภอโดยอำเภอศรีราชาได้กำหนด “ความรู้ด้านสุขภาพที่ประชาชนควรตระหนักและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง” ตามประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่เช่นกัน

ซึ่งผลการดำเนินงานสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมานับได้ว่าเป็นการสร้างการรับรู้ทางสังคมระดับหนึ่งที่จะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต โดยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพจากประเด็นปัญหาภัยสุขภาพหรือโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลได้อย่างแท้จริง (อรวรรณ นามมนตรี, 2561) ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวผู้วิจัยจึงพิจารณา นำทักษะการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Transformative Learning) มาเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มุ่งหวังส่งผลให้เกิดทักษะการคิดด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมุ่งที่จะเปลี่ยนแปลงให้เห็นถึงเป้าหมาย คุณค่าของการพัฒนาการเรียนรู้ที่แตกต่าง ครอบคลุมบริบทสถานการณ์ทางสังคมตามสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ปีนพลอย ศรีอภิมรย์, 2561)

จากที่มาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



หมู่บ้าน(อสม.) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยได้นำแนวคิด ทฤษฎีความรู้ด้าน สุขภาพ (Health literacy) และแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาความรู้ ทางด้านสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ให้มีความรอบรู้ และสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อประเมินผลแนวทางการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R & D) กลุ่มประชากรที่ศึกษา คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 1,989 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ได้จำนวน 1,011 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่คณะผู้วิจัยออกแบบขึ้น เพื่อเก็บข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทการดำเนินงานของ อสม. ที่ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 3 ตอน รวม 54 ข้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 13 ข้อ และ ตอนที่ 3 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จำนวน 34 ข้อ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เครื่องมือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ในกระบวนการสัมมนาแลกเปลี่ยน ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาความรู้ และในกระบวนการกลุ่มสะท้อนคิดขั้นการดำเนินงานวิจัย ทำการบันทึกเสียงการให้ข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม กับนิยามเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดทฤษฎี หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัย นำคะแนนจากข้อคำถามความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์คือ > 0.90 และการประมวลผลวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีของ Cronbach's เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในด้านอื่น ๆ ของแบบสอบถาม ที่มีคำตอบหลายระดับโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตรวจให้คะแนน และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมมีค่า 0.905

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างในช่วงเดือน เมษายน 2564 - เดือนสิงหาคม 2564

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ระบุความจำเป็นในการศึกษา โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทการดำเนินงานของ อสม. เพื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทการดำเนินงานของ อสม.

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนางานวิจัยด้วยการออกแบบแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยกระบวนการสัมมนา เพื่ออภิปรายพูดคุยสนทนากลุ่ม เรื่องแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ



ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดการสนทนากลุ่มอย่างเป็นระบบ โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 24 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคของหน่วยบริการในเขตอำเภอศรีราชา และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีราชา ระหว่างพูดคุย มีพิธีกรเป็นผู้ดำเนินรายการ มีผู้จัดบันทึกการสนทนา และบันทึกเสียงรายละเอียดของการพูดคุย เมื่อเสร็จสิ้นการสนทนา ผู้บันทึกถอดรายละเอียดข้อมูลจากเทป นำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการศึกษาวิจัยจากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำแนวทางการพัฒนาความรู้ดำเนินการต่อไป

**ขั้นตอนที่ 3** ดำเนินการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางการจัดกระบวนการกลุ่มสะท้อนคิดเป็นเครื่องมือ จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแกนนำ อสม.จำนวน 35 คน โดยการ ทบทวนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประสบการณ์การดำเนินงานตามบทบาทของ อสม. เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางเสริมทักษะการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Transformative Learning) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดทักษะการคิด ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมุ่งที่จะสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทบทวน คุณค่า เป้าหมาย และข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการทำงาน ใน อสม.แต่ละคน ทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันข้อมูลที่ครอบคลุมบริบทสถานการณ์ทางสังคมตามสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเชื่อมโยงแนวทางการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยการสร้างแนวทางก้าวข้ามข้อจำกัดด้วยตนเองเก็บข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและนำข้อมูลที่ได้นำมา สรุปเพื่อสกัดเป็นแนวทางใน

การพัฒนาความรู้ด้านทางด้านสุขภาพของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผล ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกระบวนการสะท้อนคิด การโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน และกำหนดเป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองตามข้อจำกัด/อุปสรรคที่ค้นพบจากกระบวนการกลุ่ม บันทึกแนวทางการจัดการข้อจำกัดด้วยตนเอง เพื่อนำข้อค้นพบมาจัดทำเป็นข้อสรุปเป็นข้อเสนอแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล ประกอบด้วย ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำเสนอและคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลความหมาย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ในการประมวลผลข้อมูล ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นพัฒนางานวิจัยด้วยกระบวนการสัมมนาหาแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการกลุ่มสะท้อนคิดขั้นดำเนินงานวิจัย

#### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี หมายเลขรับรอง COA.NO.2021/12 วันที่ 24 มีนาคม 2564

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล**

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนทั้งหมด 1,011 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 802 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 สถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 584 คน

คิดเป็นร้อยละ 57.80 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 537 คน คิดเป็นร้อยละ 53.10 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 30.60 มีประสบการณ์ในการเป็นอสม. มาเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป จำนวน 748 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90

**ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ละด้านและรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,011)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.22	0.26	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	4.83	0.46	ปานกลาง
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้	4.37	0.71	ปานกลาง
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	4.49	0.62	ปานกลาง
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4.79	0.45	ปานกลาง
การบอกต่อในการป้องกันสุขภาพ	4.44	0.62	ปานกลาง
<b>รวมทุกด้าน</b>	<b>4.52</b>	<b>0.36</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.52, SD = 0.36$ ) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านจัดอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน โดยด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยของระดับความรอบรู้สูงสุด ( $\bar{X} = 4.83, SD = 0.46$ )

**บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม.**

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยภาพรวมรายด้าน (n = 1,011)

บทบาทอสม.	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การสแกนค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง	2.73	0.35	ควรได้รับการพัฒนา
การทำบัญชีรายชื่อ แจกเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2.74	0.37	ควรได้รับการพัฒนา
การให้คำแนะนำประชาชน	2.82	0.25	ดี
การติดตาม สังเกตอาการ	2.74	0.32	ควรได้รับการพัฒนา
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.76</b>	<b>0.26</b>	<b>ควรได้รับการพัฒนา</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับควรได้รับการพัฒนา ( $\bar{X} = 2.76, SD = 0.26$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการให้คำแนะนำประชาชน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 2.82, SD = 0.25$ ) อยู่ในระดับดี

### ผลการประเมินพัฒนาแนวทางการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พบแนวทางการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพว่า การพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับบุคคล มิใช่มุ่งเน้นเฉพาะที่ความสามารถพื้นฐานในการสร้างเสริมการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การเขียน ฯลฯ แต่ต้องมุ่งพัฒนา “ทักษะ” ซึ่งจะทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มักจะมีบริบทเปลี่ยนแปลงไป ตามสถานการณ์แนวโน้มการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งสามารถสรุปแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์เสริมทักษะการสื่อสารสอดแทรก ตามแนวทางดังนี้

**1. พัฒนาและเผยแพร่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพที่จำเป็น** ด้วยการประเมินความรู้ความเข้าใจพื้นฐานตามบริบท เสริมทักษะการเข้าถึงสื่อที่ออกแบบตามหลักการสื่อสาร ให้เข้าใจง่าย ตามกลุ่มเป้าหมาย

**2. พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ ด้วยภาคีเครือข่าย** โดยอธิบายให้ข้อมูลสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และสื่อสารด้วยการพูดให้ซ้ำหรือส่งข้อความที่ชัดเจน

**3. สร้างความมั่นใจ ได้ถามข้อมูล พัฒนาทักษะในการแลกเปลี่ยนโดยขณะสื่อสารควรรับฟังความต้องการ สื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) และกระตุ้นให้มีการซักถาม**

**4. สร้างเสริมความสามารถตัดสินใจ รู้เท่าทันสื่อ** โดยประเมินผลการสื่อสาร ด้วยการตรวจสอบความเข้าใจด้วยวิธีการตรวจสอบตามรายการ

**5. พัฒนาศักยภาพการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแหล่งข่าว** โดยเสริมทักษะสร้างประสบการณ์ การทบทวนข้อมูลต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า 1 แหล่ง หรือปรึกษาผู้รู้

**6. พัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมความรู้ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง** โดยเสริมกลไกสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสื่อสาร โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น มีบรรยากาศความเป็นกันเอง และประยุกต์ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ผลการใช้แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มสะท้อนติดตามกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองจากการสนทนากลุ่มที่มุ่งเน้นการเสริมทักษะตามกลยุทธ์การสื่อสาร พบว่า อสม.มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างดี สามารถอธิบายแนวทางปฏิบัติตน และตอบคำถามได้ครอบคลุมความรู้ครบประเด็น ผลการเสริมทักษะการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเองพบคุณค่า และทัศนคติด้านบวกจากการดำเนินงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดย อสม.ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลด้านคุณค่าว่า “มีความสุขและปลาบปลื้มใจเมื่อค้นพบผู้ติดเชื้อและช่วยเหลือแนะนำการดูแล ให้อาการดีขึ้นเป็นปกติ” และ “มีความสุขเต็มใจ ให้ความช่วยเหลือไม่กลัวติดเชื้อเพราะมีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล สามารถป้องกันได้” ด้านเป้าหมายการปฏิบัติงาน อสม.ส่วนใหญ่ มีเป้าหมายชัดเจนคือ “ดูแลสุขภาพประชาชนให้ลดความเสี่ยงป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ” และส่วนใหญ่กล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า “ประชาชนสุขภาพดีคือหน้าที่เรา” และพบข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการทำงาน ใน อสม. คือ ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ที่รู้เท่าทันสื่อข้อมูลที่หลากหลาย ดังคำกล่าวที่ว่า “โควิดเป็นโรคใหม่ ใคร ๆ ก็ลัสน ไม่รู้จะจริง/ไม่จริง ชาวก็ออกทุกวัน มีคนได้รับความเสียหาย ตายจากโรคนี้เยอะมาก....” และ “..วัคซีนก็หลากหลาย ยี่ห้อชนิดไหน ดี/ไม่ดี ก็ไม่รู้จะอธิบายบอกชาวบ้านยังงัยดี....”

เมื่อสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์มุมมองความคิด และให้แนะนำเทคนิคการตัดสินใจจากการตรวจสอบยืนยันข้อมูล แหล่งข้อมูล และผู้ให้ข้อมูล อสม.สามารถรับรู้มุมมองใหม่ในการตัดสินใจได้ชัดเจน ดังผลการสะท้อนคิดจากอสม.ส่วนใหญ่ระบุว่า “ได้เรียนรู้มุมมองใหม่ที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน และมีความเข้าใจข้อมูลที่แลกเปลี่ยนมากขึ้น ทำให้กล้าซักถาม แลกเปลี่ยน พูดคุย เกิดความมั่นใจที่รู้ข้อมูลที่ถูกต้อง”

ด้านการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อสม.สามารถวิเคราะห์และกำหนดเป้าหมายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองตามข้อจำกัด/อุปสรรค จากกระบวนการกลุ่ม โดยวางแผนจะปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค และทบทวนความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยต่อเนื่อง สร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนที่ดูแล

สามารถเข้าถึงข้อมูลและมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาและสร้างความเข้าใจ รวมถึงมีช่องทางการสื่อสารผ่านโปรแกรมประยุกต์หรือ แอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น ไลน์กลุ่ม, สมาร์ท อสม., เว็บไซต์ ต่าง ๆ เป็นต้น

## อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล อสม.ส่วนใหญ่ในพื้นที่ มีอายุ 50 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามการศึกษาของวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภัคดีศรีวิชัย (2564) สำหรับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ซึ่งอำเภอศรีราชาจะเป็นพื้นที่เขตเมือง อสม.ส่วนใหญ่จึงประกอบ อาชีพดังกล่าว และด้านประสบการณ์การเป็น อสม.ส่วนใหญ่ มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามการศึกษาของวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภัคดีศรีวิชัย (2564) หากพิจารณาเฉพาะด้านระยะเวลา การปฏิบัติงาน ร่วมกับการได้รับรางวัล อสม. ดีเด่นจะมีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานในชุมชนตามการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวมภุ และ กชกร ฉายากุล (2563)

1.2 ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ทำให้เห็นโอกาสในการพัฒนา (Opportunity for Improvement: OFI) ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ เมื่อพิจารณาด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการบอกต่อในการป้องกันสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สูงสุดตามลำดับ อาจเป็นผลมาจาก ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งอำเภอศรีราชาจัดเป็นสังคมเขตเมืองสามารถเข้าถึงข้อมูล แหล่งเรียนรู้ เทคโนโลยี ที่เอื้อต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการบอกต่อในการป้องกันสุขภาพ ซึ่ง อสม.ต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อสร้างความตระหนักร่วมกันตั้งเป้าหมายสุขภาพ ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ตามแนวคิด ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อันเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของปัจเจกบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพจากประเด็นปัญหาสุขภาพหรือโรคที่เกิดขึ้น และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองนั้น จำเป็นต้องใช้ทักษะส่วนบุคคลหรือต้องเริ่มต้นที่ตนเองในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งสัมพันธ์กับแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง (Transformative Learning) สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

อันจะส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมุ่งที่จะเปลี่ยนแปลงให้เห็นถึงเป้าหมายคุณค่าของการพัฒนาการเรียนรู้ที่แตกต่าง ครอบคลุมบริบทสถานการณ์ทางสังคมตามสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ, 2564; อรรถรรณ นามมนตรี, 2561)

1.3 บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. พบว่าด้านการให้คำแนะนำประชาชน อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวัฒน์ สิริพรวุฒิ (2564) ที่พบว่า อสม. มีบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคฯ อยู่ในระดับมาก และอาจเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (World Health Organization, 2020) จึงมีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขมอบบทบาทให้ อสม. ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกรมควบคุมโรคผลิตสื่อความรู้สนับสนุนการปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และฝ่ายปกครอง ส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำได้สำหรับบทบาทด้านการทำบัญชีรายชื่อ แจ้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการติดตาม สังเกตอาการ และด้านการสแกนค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง อยู่ในระดับควรได้รับการพัฒนา อาจมาจากสถานการณ์การพบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อจำนวนมาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564) ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย พบปัญหาในการสื่อสาร งบประมาณ และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ขาดความร่วมมือ และประชาชนขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์, 2564)

2. ผลประเมินการพัฒนาแนวทางสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวทางการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพดำเนินวิเคราะห์เนื้อหาด้วยหลักการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า จาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน/อสม.ที่มีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพในระดับสูงด้วยกระบวนการสัมมนา ร่วมกับ ศึกษาเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง และตรวจสอบมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับหลักการแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558; ชาตรี แมตลี และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2560; Kripalani & Weiss, 2006; McCaffery KJ, et al.,2020: )

พบว่า แนวทางการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับบุคคล มิใช่มุ่งเน้นพัฒนาเฉพาะความสามารถพื้นฐานในการส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น การอ่าน การเขียน ฯลฯ แต่ต้องมุ่งพัฒนา “ทักษะ” ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องได้ เมื่อต้องเผชิญ กับสถานการณ์ที่มักจะมีบริบทเปลี่ยนแปลงไป การเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสรุปแนวทางตามแนวคิดการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเสริมทักษะด้วยการประยุกต์ใช้กลยุทธ์การสื่อสารสอดแทรก ดังนี้

- 1) พัฒนาและเผยแพร่การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพที่จำเป็น ด้วยการประเมินความรู้ความเข้าใจพื้นฐานตามบริบท เสริมทักษะการเข้าถึงสื่อที่ออกแบบตามหลักการสื่อสาร ให้เข้าใจง่าย ตามกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค ตามการศึกษา 2) พัฒนาความรู้ความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพด้วยภาคีเครือข่าย โดยอธิบายให้ข้อมูลสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

และสื่อสารด้วยการพูดให้ซ้ำหรือส่งข้อความที่ชัดเจน ดังการศึกษาของ Hashemi-Shahri SM, et al.(2020) ระบุว่า การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องสามารถนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มการป้องกันโรคและปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ 3) สร้างความมั่นใจ ได้ถามข้อมูลพัฒนาทักษะในการแลกเปลี่ยน โดยขณะสื่อสารควรรับฟังความต้องการ สื่อสารแบบสองทาง (Two way communication) และกระตุ้นให้มีการซักถาม แลกเปลี่ยน 4) สร้างเสริมความสามารถตัดสินใจ รู้เท่าทันสื่อ โดยประเมินผลการสื่อสาร ด้วยการตรวจสอบความเข้าใจด้วยวิธีการตรวจสอบตามรายการ 5) พัฒนาศักยภาพการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแหล่งข่าว โดยเสริมทักษะสร้างประสบการณ์ การทบทวนข้อมูลต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า 1 แหล่ง หรือปรึกษาผู้สอดคล้องกับการศึกษาของ Orkan O, Torsten MB, Eva-Maria B, Klaus H, Ulrich B, Doris S. (2020) ระบุว่า การรณรงค์ให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ดีท่ามกลางสถานการณ์ข้อมูลการระบาดที่บิดเบือน เป็นทักษะที่สำคัญที่สนับสนุนการตัดสินใจบนพื้นฐานความเชื่อมั่นของข้อมูลที่เชื่อถือได้ และ 6) พัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมความรู้ตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง โดยเสริมกลไกสร้างสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการสื่อสารให้ชัดเจน โดยสร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น มีบรรยากาศความเป็นกันเอง และประยุกต์ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังการศึกษาของ Kripalani & Weiss, (2006) ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมทักษะการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้การสื่อสารมีความชัดเจน

จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่าการพัฒนาแนวทางการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจะได้ผลดีนั้น ต้องให้ความสำคัญกับแนวทางการเสริมทักษะการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเอง ร่วมด้วยซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ใช้เสริมทักษะการสื่อสาร ร่วมกับหลักการสะท้อนคิด ดังการศึกษาของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (วิจารณ์พานิช, 2558; วรณดี สุทธินรากร, 2560; ชนิดดา ภูหงษ์ทอง, 2561) ซึ่งเริ่มจากสื่อสารกับตนเอง โดยสะท้อนคิดการเรียนรู้ในการทำความเข้าใจตนเอง เชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจผู้อื่น สังคม และเรียนรู้การยอมรับ ปรับตัวให้มีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการเสริมทักษะการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงตนเองนี้ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรม ภายใต้หลักการ 1.) ทบทวนตนเองกับสถานการณ์ประสบการณ์ที่เผชิญเพื่อค้นพบคุณค่าที่มี นำมาสู่การตั้งเป้าหมายว่าจะลงมือปฏิบัติ เพื่อเรียนรู้อะไร (Goal Setting) ให้มีคุณค่ายิ่งขึ้น 2.) ลงมือปฏิบัติกิจกรรมหรืองานนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ กิจกรรม/งาน และเรียนรู้ตามเป้าหมาย และ 3.) นำประสบการณ์จากการปฏิบัติกิจกรรม/งาน มาไตร่ตรองสะท้อนคิดร่วมกัน ตอบคำถามแบ่งปันคุณค่า แลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเรียนรู้ที่ต้องการ (Reflection) โดยเสริมทักษะการสื่อสาร สร้างมุมมองใหม่ ให้เกิดการเข้าถึง เข้าใจ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ชัดเจนขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปใช้ในการวางแผนพัฒนากระบวนการทำงานในพื้นที่

1.2 ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ควรทำการศึกษาวิจัยทดลองใช้แนวทางการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน และศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องปัญหาและอุปสรรคในการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาวีสุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไชยมณี และกชกร ฉายากุล (2563) ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวรวิชาสาขานครินทร์, 12 (3), 195-212.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9 (2), 1-8
- ชนิดดา ภูหงษ์ทอง. (2560). การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: ความท้าทายของผู้สอนในระดับ อุดมศึกษา. วารสารพฤติกรรมการศึกษา, 24 (1), 163-182.
- ชาติรี แมตส์ และศิริไลซ์ วรรัตน์วิจิตร. (2560). การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 9 (2).

- ณัฐวัฒน์ สิริพรวุฒิ. (2563). การรับรู้ถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุม โรคฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, 10 (1).
- เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์ (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 4 (1), 44-58.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริและ กมลพร แพทย์ชีพ (2564) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และสาธารณสุขภาคใต้, 8 (1) 250-262.
- วรรณดี สุทธินรากร. (2560). การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. Transformative Learning and Action Research กรุงเทพฯ: สยามปริทัศน์.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). เรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning). กรุงเทพฯ: เอส.อาร์.
- วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 6(2), 304-318.
- สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอกรงไลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1 (2), 75-90.
- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. (2564). รายงานผู้ติดเชื้อโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2564, จาก <http://www.cbo.moph.go.th/cbo/>
- อรรธรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). วารสารทันตภิบาล, 29(1), 122- 128.
- Hashemi-Shahri SM, Khammarnia M, Ansari -Moghaddam A, Setoodehzadeh F, Okati -Aliabad H, Peyvand M. (2020). Sources of news as a necessity for improving community health literacy about COVID-19. Med J Islam Repub Iran. Retrieved March 20, 2021, from <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.63>
- Kripalani, S., & Weiss, B. D. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. Journal of general internal medicine, 21(8), 888–890. Retrieved March 20, 2021, from <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497>.
- McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, Ayre J, Batcup C, Isautier JM, Copp T, Bonner C, Pickles K, Nickel B, Dakin T, Cornell S, Wolf MS. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. Public Health Res Pract.:30(4), Retrieved March 20, 2021, from <https://doi.org/10.17061/phrp30342012>



Orkan O, Torsten MB, Eva-Maria B, Klaus H, Ullrich B, Doris S. (2020). Coronavirus-Related Health Literacy : A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, Retrieved March 20, 2021, from <https://doi:10.3390/ijerph17155503>

World Health Organization. (2020). Pneumonia of unknown cause – China’, *Emergencies preparedness, response, Disease outbreak news*, Retrieved March 20, 2021, from <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>

## 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. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

**ขอบเขตบทความ :**

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

**สำนักงาน :**

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>  
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

**ลิขสิทธิ์ :**

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

**ความรับผิดชอบ :**

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

**กำหนดการส่งต้นฉบับ :**

- ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วิสัยทัศน์ : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
"เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการสาธารณสุขมูลฐานภายในปี 2565"

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการกุดขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291  
<http://phcsn.hss.moph.go.th> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช