



NORTHERN JOURNAL OF HEALTH SCIENCE

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ นอร์ทเทิร์น



1

2025

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
VOL.1 JANUARY - APRIL



วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
NORTHERN COLLEGE

888 หมู่ 2 ถนนพหลโยธิน ตำบลหนองบัวใต้
อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก



088-887-3963
088-887-3969



@NTC888

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพนอร์ทเทิร์น

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ เดือน มกราคม – เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘



ในยุคที่วิทยาการทางสุขภาพมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง ความรู้และผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เชื่อถือได้ มีคุณภาพ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในบริบทของชุมชน สังคม และประเทศชาติ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพนอร์ทเทิร์น ได้ถือกำเนิดขึ้นจากแนวคิดและความมุ่งมั่นในการเป็นเวทีทางวิชาการสำหรับนักวิจัย คณาจารย์ บุคลากรทางสุขภาพ และผู้สนใจทั่วไป เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และนวัตกรรมด้านสุขภาพในสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ โดยมุ่งหวังให้วารสารฉบับนี้เป็นแหล่งรวมองค์ความรู้ที่มีคุณภาพทางวิชาการ และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนการประยุกต์ใช้ข้อมูลวิจัยในเชิงปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

การจัดทำวารสารฉบับนี้เป็นผลจากความร่วมมือของคณะกรรมการวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกองบรรณาธิการ ที่ร่วมกันพัฒนากระบวนการจัดการวารสารให้ได้มาตรฐานทางวิชาการ มีการประเมินคุณภาพบทความอย่างเข้มข้นผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ตลอดจนมีการส่งเสริมให้นักวิจัยรุ่นใหม่ได้มีพื้นที่ในการนำเสนอผลงานอย่างสร้างสรรค์

ขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้ส่งบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพให้ก้าวสู่ความเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการและการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพนอร์ทเทิร์น

สารบัญ

ลำดับ	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง	หน้า
1.	ประสิทธิผลของระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิก โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก Effectiveness of Telemedicine Service System for Diabetes Hypertension Disease Clinic in Samngao Hospital Tak Province (สิรินิจ เจริญวงศ์ Sirinij Charoenwong)	1-16
2.	แนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก An Approach to Health Product Labeling Development for Community Enterprises in Tak Province (มนตรี แสงโพธิ์ Montree Sangpho)	17-29
3.	รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุใน ตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก Model of Sustainable Quality of Life Development for the Elderly in Na Bote Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province. (สนธยา อินทพรหม Sonthaya Inphrom)	30 - 40
4.	ประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองข่างโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก Effectiveness of the care guidelines for the elderly in dependent status at Ban Krong Khayang Phrong Health Promoting Hospital, Nam Ruem Subdistrict, Tak Province. (วิภาภรณ์ ทิพพะหา Wiphaphon Thipphaha)	41 - 58
5.	ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดตาก Factors affecting dengue fever prevention and control behavior among village health volunteers in Tak Province. (ดร.ไทยบุญยงค์ พ่วงพือภิชัย Dr.Thaiboonyong Puangpeeapichai)	59 - 68

ประสิทธิผลของระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิก
โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

Effectiveness of Telemedicine Service System for
Diabetes Hypertension Disease Clinic in Samngao Hospital Tak Province

สิรินิจ เจริญวงศ์

Sirinij Charoenwong

บทคัดย่อ

การวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มก่อนและหลัง การทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) นี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้เรื่องระบบบริการ ตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก 2) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และ 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของรับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล ดังกล่าว คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันใน เลือดสูง จำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สูงสุด ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบผลของตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-66 ปี คิด เป็นร้อยละ 56.00 เครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกลเป็นของผู้ป่วยเอง ร้อยละ 72.00 รองลงมาเป็นของญาติ ร้อยละ 16.00 และเป็นของสม.ร้อยละ 12.00 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ผู้ใช้บริการตรวจรักษา ด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย ภาพรวมหลังการพัฒนายู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนาจากเดิมมีค่าเฉลี่ย 2.20 (S.D. = 0.53) เป็น 2.43 (S.D. = 0.54) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อ การบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยหลังการพัฒนายู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.09 (S.D. = 0.54) ความพึงพอใจต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพึงพอใจต่อการบริการด้วยระบบการแพทย์ ทางไกลที่สามารถให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัด ค่าเฉลี่ยที่ 2.40 (S.D. = 0.52)

ผลการเปรียบเทียบการควบคุมความดันโลหิตได้ครบร้อยละ 100.00 และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และไขมันในเลือด หลังการพัฒนาได้ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 56.4 และระดับไขมันในเลือด Cho/HDLควบคุมได้ ($150 / > 50$) หลังการพัฒนาผู้ป่วยสามารถควบคุม ไขมันในเลือดได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 44 คนคิดเป็นร้อยละ 88.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ ส่วนการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลซึ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยผ่านระบบ Telemedicine มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ลดความ แออัด ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยไม่มีการแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ระบบบริการการแพทย์ทางไกล, คลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

Abstract

This quasi-experimental research, employing a one-group pretest-posttest design, aimed to: 1) study the perception of telemedicine services among patients at the diabetes, hypertension, and hyperlipidemia clinic of Sam Ngao Hospital in Tak Province; 2) examine the outcomes of telemedicine service development; and 3) evaluate patient satisfaction with the telemedicine system. The study purposively sampled 50 patients with diabetes, hypertension, and/or hyperlipidemia. Data were analyzed using mean, percentage, maximum, minimum, standard deviation, and paired sample t-test to compare variables within the same group.

The results revealed that the majority of participants were female (64%), with an average age of 51–66 years (56.00%). Most patients (72.00%) used their own communication devices for telemedicine, while 16.00% relied on relatives' devices and 12.00% on devices provided by village health volunteers. The overall perception of telemedicine services improved from a pre-development mean of 2.20 (SD = 0.53) to a post-development mean of 2.43 (SD = 0.54), indicating a moderate level of awareness. Patient satisfaction with telemedicine services was also moderate, with a mean score of 2.09 (SD = 0.54). Satisfaction was higher regarding disease education and the system's ability to reduce wait times and overcrowding, with a mean score of 2.40 (SD = 0.52).

Post-development, 100.00% of patients achieved blood pressure control, while 56.4% (43 patients) improved their blood sugar (DTX) and lipid control. Additionally, 88.00% (44 patients) achieved controlled lipid levels (Cho/HDL < 150 / > 50), with statistically significant improvements (p-value < 0.001). The telemedicine system proved effective, convenient, and efficient, reducing hospital visits, overcrowding, and costs while preventing complications and improving patients' quality of life.

Keywords: Telemedicine services, Diabetes clinic, Hypertension and hyperlipidemia

บทนำ

องค์การอนามัยโลกกำหนด Telemedicine เป็น การส่งมอบบริการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยระยะทาง Telemedicine ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคและการบาดเจ็บ Telemedicine สามารถมีส่วนร่วมในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ในประเทศต่างๆ โดยการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยโดยไม่ต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมซึ่ง มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล, กลุ่มเสี่ยงและประชากรสูงอายุโดยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงและทันเวลาในการให้บริการแก่ประชาชนเข้าถึงบริการในพื้นที่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา ประวัติ ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ลดระยะเวลาการเดินทาง รวมถึงลดความเสี่ยงจากการสัมผัส และ ลดความแออัดในโรงพยาบาล (กรมการแพทย์, 2566)

จากสถิติผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสามเงา ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 34,058 ครั้งต่อปี ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 35,056 ครั้งต่อปี ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 35,084 ครั้งต่อปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีกในปีต่อไป แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามเงา อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในคลินิกโรคทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการจัดให้บริการรักษาพยาบาล คลินิกเฉพาะโรคต่างๆ ผู้ป่วยที่มีการลงทะเบียนรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกใน เฉลี่ยจำนวน 357 คนต่อวัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าไว้แล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขึ้นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 6,679 คน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการติดตามอาการ ติดตามความก้าวหน้าของโรคและผลการรักษาพร้อมรับยาต่อเนื่อง และจำเป็นต้องได้รับการนัดหมายอย่างน้อยปีละ 3-4 ครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความคุ้นชินการระบบนัดหมายและการมาตรวจตามนัดอยู่แล้ว บางส่วนคิดว่าเป็นเรื่องปกติและยินดีมาตรวจตามนัดตามวันและเวลาที่ได้รับการนัดหมาย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นผู้ป่วยในชุมชนเมืองหรือพื้นที่อยู่อาศัยไม่ได้ห่างไกลจากโรงพยาบาลมากนัก มีความสะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่เคยขาดนัดหรือผิมนัดน้อยมาก แต่มีผู้ป่วยบางส่วนที่เป็นส่วนใหญ่อีกกลับมีความคิดเห็นต่าง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีประวัติขาดนัดหรือผิมนัดบ่อยครั้ง เนื่องจาก พบปัญหาความลำบากในการเดินทาง ไม่ว่าจะระยะทางไกลหรือเส้นทางที่ต้องใช้ในการเดินทาง รวมถึงความแออัดและระยะเวลารอคอยที่นาน ส่งผลให้ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องใช้ขณะที่มาโรงพยาบาล

จากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน จึงเห็นความสำคัญของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ดำเนินงาน การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ของโรงพยาบาลสามเงา ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงระบบการแพทย์เฉพาะทางอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ ดังนั้นจึงสนใจพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ขึ้นโดยศึกษาการรับรู้เรื่องบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง แล้วพัฒนาบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการเนื่องจากบางพื้นที่ของอำเภอสามเงายังมีข้อจำกัดในเรื่องการให้บริการด้วยระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทั้งนี้คาดหวังช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางรวมทั้ง ช่วยให้ผู้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ ทำให้การตัดสินใจในการรักษาแม่นยำยิ่งขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้เรื่องระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของรับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ตั้งแต่เดือน 1 กันยายน 2567 ถึง 31 มีนาคม 2568 รวมทั้งสิ้น 7 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์โพลิตและแบ็ค (Polit and Back, 2006) กำหนดให้การวิจัยแบบทดลองสามารถใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คนในที่นี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 50 คน การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis โดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเคน (Coben.1998) กำหนดระดับความเชื่อมั่น = 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = 0.80 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตย์ นรากูร, 2556) จากข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามเงามีเพียง 50 รายโดยคาดว่าจะมีผู้ที่ไม่มี

คุณสมบัติ เช่น ไม่มีโทรศัพท์ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย และเพื่อป้องกันกรณีมีผู้สูญหายจากการติดตาม (Dropout) เช่น ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัยเป็นต้น โดยคาดว่าจะมี ร้อยละ 20 จึงได้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย จึงได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 ราย โดยใช้เกณฑ์ (1) ผู้ป่วยที่สามารถใช้เทคโนโลยีทางไกลได้ (เช่น มีอุปกรณ์สมาร์ตโฟนและการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต) (2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและ ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรค

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสามเงา ผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไปปกติสามารถควบคุมโรคได้หรือไม่มีอาการกำเริบของโรคนานมากกว่า 2 เดือน สามารถ พูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและ/หรือมีความผิดปกติใด ๆ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้ง อาจส่งผลให้การทดลองคลาดเคลื่อนได้

3. เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและ/หรือมีความผิดปกติใด ๆ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้ง อาจส่งผลให้การทดลองคลาดเคลื่อนได้

โดยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาการรับรู้เรื่องบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา อำเภอสองเงา จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ผู้วิจัยจึงมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากของ นางวิศรุตสูงสุมาลย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้เครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยและส่วนที่ 3 การรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

ขั้นตอนที่ 2.1 การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค ผู้วิจัยศึกษาการพัฒนา ระบบจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำข้อสรุปที่วิเคราะห์ได้จากขั้นตอนที่ 1 นำมาสู่การพัฒนา ระบบ ดังนี้

1) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยี เครื่องมือสื่อสารโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการประกอบการบริการแพทย์ทางไกล ประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อออกแบบและสร้างรูปแบบระบบบริการ

2) การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการจริงและความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชนและผู้ป่วยประชาชนตามศักยภาพอันสูงสุดที่ควรได้

3) การนำโปรแกรมระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 2.2 ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการรักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ของผู้ให้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย จำนวน 50 คนแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest) ทุกคนจากนั้นเปรียบเทียบผลการรักษาก่อนการพัฒนาระบบฯและหลังพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ที่รับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก โดยมีขอบเขตด้านเนื้อหา คือ ระดับความพึงพอใจระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในด้านแอปพลิเคชันมีความเหมาะสมในการใช้งานเพียงใด ด้านข้อมูลเกี่ยวกับบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล และด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา รวมทั้งการให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ความพึงพอใจต่อการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก จำนวน 6 ข้อและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน สถิติที่ใช้มี ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด ของผู้ให้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลจากข้อมูลเวชระเบียนผลการรักษาผู้ป่วยผ่าน ก่อนและหลังการพัฒนาทุกคน จำนวน 50 คนแบบกลุ่มเดียว(One-group pretest-posttest) ใช้สถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การแปลผล

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งระดับการรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ออกเป็น 3 ระดับ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อยโดย

ระดับเกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ย โดยที่กำหนดความสำคัญของคะแนน โดยการใช้หลักการ แบ่งช่วงการแปลผลตามหลักของการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class Interval) โดยใช้สูตร ดังนี้(วิเชียร เกตุ สิงห์, 2538: 10) ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น = ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด จำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการ แปลผล = $\frac{3 - 1}{3} = 0.70$

สรุปเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนระดับการรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ของโรงพยาบาลสามเงา

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับมาก = 2.4 – 3.00

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง = 1.7 – 2.3

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง = 1.0 – 1.6

แปลผลความพึงพอใจต่อการบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 ข้อ

มีความพึงพอใจต่อการบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ระดับมาก = 2.4 – 3.00

มีความพึงพอใจต่อการบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ระดับปานกลาง 1.7 – 2.3

มีความพึงพอใจต่อการบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ระดับต่ำ = 1.0 – 1.6

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการรับรู้เรื่องระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-66 ปี คิดเป็นร้อยละ

ละ 56.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิด เป็นร้อยละ 62.00 ส่วนการประกอบอาชีพพบว่าร้อยละ 40.00 ทำไร่/ทำนาและรองลงมาคือ ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.00 ประวัติการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.00 รองลงมา คือ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.00 และความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร้อยละ 24.00 ตามลำดับส่วนระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ป่วยมาเป็นช่วงเวลา 1 – 7 ปี ร้อยละ 68.00 รองลงมาคือป่วยมาแล้ว 8 – 14 ปี ร้อยละ 24.00 และทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในด้านผู้ดูแลใกล้ชิดที่สุดในบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแล คือ คู่สมรส ร้อยละ 54.00 รองลงมาคือ ดูแลตัวเอง ร้อยละ 24.00

1.2 ข้อมูลเครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละข้อมูลการใช้เครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

ข้อมูลการใช้เครื่องมือสื่อสาร	กลุ่มตัวอย่าง (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล		
เป็นของผู้ป่วยเอง	36	72.00
เป็นของญาติ	8	16.00
เป็นของ อสม	6	12.00
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพ.สต.	0	0
เครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล		
มือถือ	50	100.00
แท็บเล็ต / โน้ตบุ๊ก	0	0
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	0	0

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เครื่องมือสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ในการรับบริการระบบบริการแพทย์ทางไกล คือ มือถือ โดยส่วนใหญ่เป็นโทรศัพท์ของผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมาคือเป็นโทรศัพท์ของญาติ ร้อยละ 16.00 และเป็นโทรศัพท์ของอสม. ร้อยละ 12.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 1.3 การรับรู้เรื่องระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้การใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

การรับรู้บริการตรวจรักษา ด้วยระบบการแพทย์ทางไกล	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD.		Mean	SD.	
1. แอปพลิเคชันบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลมีความเหมาะสมในการใช้งาน	1.96	0.60	ปานกลาง	2.36	0.55	ปานกลาง
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล มีความสุภาพต่อผู้ใช้บริการ	2.12	0.47	ปานกลาง	2.34	0.58	ปานกลาง
3. บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ยินดีรับฟังคำแนะนำความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ	1.92	0.47	ปานกลาง	2.32	0.62	ปานกลาง
4. บริการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงสามารถให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลได้	1.82	0.59	ปานกลาง	2.38	0.64	ปานกลาง
5. บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลสามารถตรวจรักษาได้อย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน และมีความน่าเชื่อถือในการให้บริการ	2.08	0.47	ปานกลาง	2.36	0.43	ปานกลาง
6. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถ ในการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย	2.08	0.43	ปานกลาง	2.38	0.60	ปานกลาง
7. คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงให้การตรวจรักษาที่บ้าน ด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ถูกต้อง ตามมาตรฐานเหมือนมารับบริการที่ รพ.	1.94	0.46	ปานกลาง	2.34	0.62	ปานกลาง
8. บุคลากรทางการแพทย์มีความเต็มใจในการตรวจรักษาโรคของท่าน	2.28	0.60	ปานกลาง	2.28	0.60	ปานกลาง

การรับรู้บริการตรวจรักษา ด้วยระบบการแพทย์ทางไกล	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล
	Mean	SD.		Mean	SD.	
9. บุคลากรทางการแพทย์ยินดีตอบคำถามเมื่อ ท่านมีข้อสงสัย	2.30	0.47	ปานกลาง	2.34	0.62	ปานกลาง
10. บุคลากรทางการแพทย์ตอบข้อซักถามได้ ชัดเจนตามที่ท่านมีข้อสงสัย	2.32	0.62	ปานกลาง	2.32	0.62	ปานกลาง
11. บริการระบบการแพทย์ทางไกลสามารถ ให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัด	2.22	0.69	ปานกลาง	2.40	0.52	มาก
12. บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับ โรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี	2.44	0.57	มาก	2.76	0.26	มาก
13. บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการรักษา ท่านด้วยความสุภาพและมีทำที่น่านับถือ	2.50	0.45	มาก	2.66	0.42	มาก
14. บุคลากรทางการแพทย์ตรวจรักษาท่าน ด้วยความดูแลเอาใจใส่	2.36	0.51	ปานกลาง	2.46	0.57	มาก
15. บุคลากรทางการแพทย์สอบถามและสนใจ รับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ	2.50	0.45	มาก	2.64	0.43	มาก
16. บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลตรง ตามความต้องการและปัญหาของท่าน	2.23	0.62	ปานกลาง	2.54	0.53	มาก
รวม	2.20	0.53	ปานกลาง	2.43	0.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภาพรวมระดับการรับรู้เรื่องการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ของโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.20 (S.D. = 0.53) หลังการพัฒนาระบบฯเพิ่มขึ้นเป็นค่าเฉลี่ย 2.43 (S.D. = 0.54)

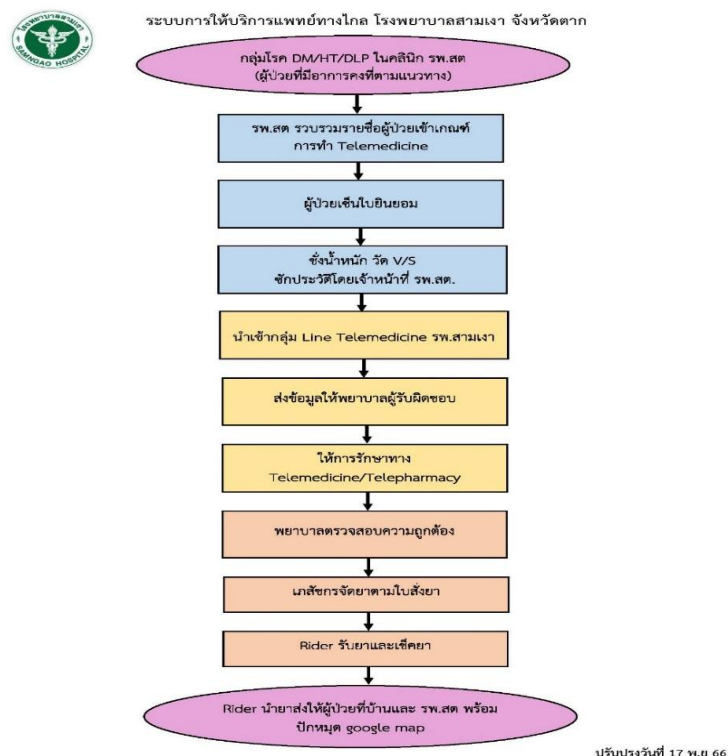
ก่อนการพัฒนาประเด็นที่มีระดับค่าเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและมีทำที่น่านับถือและบุคลากรทางการแพทย์สอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D. = 0.45) รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี 2.44 (S.D. = 0.57) ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือ การรับรู้ว่าการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงสามารถให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกลได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 (S.D. = 0.59) แต่หลังการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นที่ 2.38 (S.D. = 0.64)

หลังการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และมั่นใจในการให้บริการผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ดีขึ้น โดยประเด็นที่มีระดับค่าเฉลี่ยในระดับ

มาก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรคของท่านเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 2.76 (S.D. = 0.26) รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการรักษาท่านด้วยความสุภาพและมีทำที่น่านับถือและบุคลากรทางการแพทย์สอบถามและสนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ ค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D. = 0.42) และ 2.64 (S.D. = 0.43) ตามลำดับและผู้ป่วยรับรู้ว่าการระบบการแพทย์ทางไกลสามารถให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัดได้ มีค่าเฉลี่ยที่ 2.40 (S.D. = 0.52)

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

จากการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยี เครื่องมือสื่อสารโทรศัพท์มือถือมาใช้ประกอบการบริการแพทย์ทางไกล ประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อออกแบบและสร้างรูปแบบระบบบริการ และผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการจริงและความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชนและผู้ป่วยประชาชนตามศักยภาพอันสูงสุดที่ควรได้ พบว่า ขั้นตอนที่ 1 ของการบริการควรแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มโดยมีผู้ที่ทำ Telemedicine โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.และด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในกระบวนการรับบริการได้ถูกต้องและทันเหตุการณ์ จึงเป็นแนวทางใหม่ที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ของโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ด้านล่างนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หลังการพัฒนาระบบ

ส่วนที่ 2.2 เปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการ เข้ารับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด ของผู้ให้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลจากข้อมูลเวชระเบียนผลการรักษาผู้ป่วยผ่าน ก่อนและหลังการพัฒนาทุกคน จำนวน 50 คนแบบกลุ่มเดียว (One-group pretest-posttest) ใช้สถิติ Paired t-test ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการ เข้ารับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ข้อมูลสุขภาพ	ระดับ						
	ควบคุมได้		ควบคุมไม่ได้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	t	df	P-value
ระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) ควบคุมได้(70-130 mg/dl) ควบคุมไม่ได้(>130 mg/dl)							
ก่อนพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	13	26.00	37	74.00	6.71	54	<0.001*
หลังพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	43	86.00	7	14.00			
ความดันโลหิตค่าบน ควบคุมได้ (≤140 mmhg) ควบคุมไม่ได้ (>140 mmhg)							
ก่อนพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	6	12.00	44	88.00	7.45	54	<0.001*
หลังพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	50	100.00	0	100.00			
ไขมันในเลือดCho/HDL ควบคุมได้(150 / > 50) ควบคุมไม่ได้(> 150 / <50)							
ก่อนพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	10	20.00	40	80.00	10.57	54	<0.001*
หลังพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล	44	88.00	6	12.00			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วย และไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับควบคุมได้ (≤140 mmhg) จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 หลังการพัฒนาผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และก่อนการพัฒนาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด

(DTX) อยู่ในระดับ ควบคุมได้ (70-130 mg/dl) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26.00 หลังการพัฒนา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00 และระดับไขมันในเลือด Cho/HDL ควบคุมได้ ($150 / > 50$) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 หลังการพัฒนาผู้ป่วยสามารถควบคุมไขมันในเลือดได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 44 คนคิดเป็นร้อยละ 88.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

ส่วนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของรับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

จากการนำระบบบริการแพทย์ทางไกลไปใช้และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในโครงการจำนวน 50 รายพบระดับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พึงพอใจต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรค มีค่าเฉลี่ยที่ 2.36 (S.D. = 0.63) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ที่สามารถให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัด และความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.08 (S.D. = 0.63), 2.08 (S.D. = 0.47) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของระบบบริการการแพทย์ทางไกล คลินิกเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ของโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ดำเนินการพัฒนาดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการรับรู้เรื่องระบบบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 51-66 ปี คิดเป็นร้อยละ 56 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.00 เครื่องมือสื่อสารที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้ในการรับบริการระบบบริการแพทย์ทางไกล คือ มือถือ โดยส่วนใหญ่เป็นโทรศัพท์ของผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมาคือเป็นโทรศัพท์ของญาติ ร้อยละ 16.00 และเป็นโทรศัพท์ของอสม. ร้อยละ 12.00 ตามลำดับ สอดคล้องกับ ชุตีธรรม นิลพัฒน์และคณะ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามรูปแบบบริการวิถีใหม่ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ทางไกลมากขึ้น มีความความพึงพอใจต่อการบริการทางไกล เนื่องจากมีการจัดรูปแบบบริการครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยการปรับเปลี่ยนมาใช้ Line Application และสอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุตฯ สูงสุมาลย์ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (Telemedicine) โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอสว่างวีระวัฒน์ จังหวัดบึงกาฬ พบว่าเครื่องมือสื่อสารในการใช้ระบบบริการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ เป็นของผู้ป่วยเอง คิดเป็นร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการสื่อสาร ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการตรวจรักษาด้วยระบบการ แพทย์ทางไกลของผู้ป่วย หลังการพัฒนา อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 16.84 (S.D. =

2.28) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผู้ใช้บริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลของผู้ป่วย ภาพรวม หลังการพัฒนา อยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 46.44 (S.D. = 4.20) และการศึกษาของอัจฉราพร กิ่งเล็กและดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2560) ได้ศึกษา คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่า 1) คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง 2) ผู้ใช้บริการที่มีอายุแตกต่างกันมีการรับรู้คุณภาพบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ใช้บริการที่มี เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) ผู้ใช้บริการที่มีจำนวนครั้งที่มารับบริการ และระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการแตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก โดย (2.1) เปรียบเทียบลำดับขั้นตอนของการเข้ารับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาระบบ พบว่า ขั้นตอนของการให้บริการที่ 1 ควรแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มโดยมีผู้ที่ทำ Telemedicine โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม.และด้วยตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในกระบวนการรับบริการได้ถูกต้อง จึงเป็นแนวทางใหม่ที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลสามเงา สอดคล้องกับนัฐยา พานิชิต ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าคะแนนระดับการรับรู้ด้านเทคโนโลยีและประโยชน์ในการใช้งานระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรคของผู้รับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับ บุชบา บุญทะจิตต์ได้ศึกษา คุณภาพการบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับ บริการในหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงช่องว่างคุณภาพการบริการระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการต้องสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ (2.2) การเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พบว่าหลังการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วย และไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตค่าบนอยู่ในระดับควบคุมได้ (≤ 140 mmhg) เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(DTX)ให้อยู่ในระดับควบคุมได้ ($70-130$ mg/dl) เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00 และการควบคุมระดับไขมันในเลือด Cho/HDLควบคุมได้ ($150 / > 50$) เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 44 คนคิดเป็นร้อยละ 88.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$ สอดคล้องกับการศึกษาของวริศรา สูงสุมาลย์ ที่พบว่า หลังการพัฒนา ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 90.9 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการพัฒนา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.001$

ส่วนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของรับบริการตามระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก พบว่า ภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) อยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พึงพอใจต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาโรค มีค่าเฉลี่ยที่ 2.36 (S.D. = 0.63) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อการบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล ที่สามารถให้บริการได้ตามการนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัด และความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบริการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากันที่ 2.08 (S.D. = 0.63), 2.08 (S.D. = 0.47) ตามลำดับ สอดคล้องกับ ภมร ดรณได้ศึกษา การพัฒนาการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การได้ตรวจรักษากับจิตแพทย์ ด้วยระบบการแพทย์ทางไกล แม้ว่าจะไม่ได้ตรวจแบบต่อหน้า แต่เป็นการตรวจผ่านหน้าจอ ผู้ป่วยก็ยอมรับได้ และมีความพึงพอใจในการตรวจวิธีนี้มาก เนื่องจากได้พบพูดคุยจิตแพทย์โดยตรงโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลประจำจังหวัด และผลการดูแลรักษาหลังจากได้พบกับจิตแพทย์มีแนวโน้มอาการดีขึ้นทุกคนและการศึกษา กิตติพงศ์เจียมวิทยานุกุลและคณะ ที่ได้ศึกษาเรื่องการนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข พบว่า จากสถานการณ์โควิด 19 แพทยสภาได้ประกาศแนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ เป็นการเร่งในการนำระบบ Telemedicine มาใช้อย่างกว้างขวางอีกครั้ง จึงทำให้เกิดการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรศรา สูงสุมาลย์ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (Telemedicine) โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (Telemedicine) โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ดำเนินงานการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยการรับบริการที่บ้านผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป / ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ต่างๆ จึงพอสรุปได้ว่า การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ควรมีเครือข่ายดำเนินงานในชุมชน ทั้งผู้นำชุมชนและกลุ่มของ อสม. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในเรื่องการใช้เทคโนโลยี และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและการสื่อสารผ่าน Telemedicine อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงระบบการแพทย์เฉพาะทางอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพโดย ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) สามารถใช้องค์ความรู้ไปใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมและพัฒนางานรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงของหน่วยงานเพื่อนัดหมาย ลดการรอคอย ลดความแออัดของหน่วยบริการ
2. ควรขยายผลการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและควรพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการให้บริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และวัดความดันโลหิตที่บ้าน และส่งยาทางไปรษณีย์หรือส่งยาโดย อสม. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืนต่อไป
3. ควรมีการจัดฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อใช้ในการวางแผนการจัดบริการระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และมีการพัฒนาชุดความรู้ในเรื่องโรคทั้ง 3 อย่างเป็นระบบเพื่อให้ง่ายต่อยอดและพัฒนาคุณภาพของการบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
4. เพื่อให้เกิดการขยายผลการศึกษา ควรมีการศึกษาวิจัยในด้านปัจจัยความสำเร็จในการทำงานสู่เป้าหมาย ความสำเร็จและการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานของเครือข่ายที่ประสบผลสำเร็จ และการจัดสรรขอบเขตด้านเวลาในการศึกษาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. แนวทางการใช้ DMS Telemedicine กรมการแพทย์.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี; 2566.
- กิตติพงศ์ เจียมวิทยานุกุลและคณะ. 2564. การนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์. สถาบันพระปกเกล้า. กรุงเทพฯ.
- ชุดิธรรม นิลพัฒน์ และคณะ. 2566. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามรูปแบบบริการวิถีใหม่ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566.
- นัฐยา พานิชิต. 2566. การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค (Telemedicine) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566.
- ภมร ดรณ. 2565. การพัฒนาการตรวจรักษาด้วยระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวช โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. รายงานการศึกษามหาวิทยาลักษณศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- วรศรา สูงสุมาลย์. 2567. พัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (Telemedicine) โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอสรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2567.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแบ่งความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัยการศึกษาแห่งชาติ.14(3).หน้า 8 -11.

แนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก An Approach to Health Product Labeling Development for Community Enterprises in Tak Province

มนตรี แสงโพธิ์

Montree Sangpho

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก 2) เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก ให้ถูกต้องตามกฎหมาย 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบตัดขวาง ในสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 165 คน และฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวน 50 ผลิตภัณฑ์ ซึ่งมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามความรู้แนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ, แบบประเมินความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลาก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 30.0.0.0 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.10 เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งมีคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรมอยู่ที่ 7.12 คะแนน และหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 12.61 คะแนน ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างสามารถกรอกข้อมูลพื้นฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านเครื่องมือช่วยจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบ Google Form และพบว่าฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมและความสะดวกของเครื่องมือ โดยควรขยายผลไปยังกลุ่มวิสาหกิจชุมชนอื่นๆ นอกจากนี้ควรพัฒนาเครื่องมือประกอบการใช้เครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น คู่มือแนะนำ วิดีโอ หรือแอปพลิเคชัน เพื่อสนับสนุนการใช้งานในกลุ่มผู้มีความรู้เทคโนโลยีจำกัด

คำสำคัญ: ฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิสาหกิจชุมชน จังหวัดตาก เครื่องมือในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstract

This research aimed to: (1) Investigate the current situation and challenges related to food labeling of health products among community enterprises in Tak province (2) Develop a framework for food labeling of health products for community enterprises in accordance with legal requirements and (3) Evaluate the appropriateness of the developed labeling framework for health products within community enterprises.

A cross-sectional study was conducted among 165 members of community enterprises and 50 health product labels, selected through cluster random sampling. Research instruments included: a knowledge questionnaire on health product labeling practices, an assessment form for label accuracy after using the labeling tool, and a satisfaction questionnaire regarding the labeling tool. Data were analyzed using SPSS Version 30.0.0.0.

The results showed that 72.10% of the participants were female, over 60 years of age, and had completed primary education. The average knowledge score before the training was 7.12, which significantly increased to 12.61 after the training ($p < 0.001$). Participants were able to input basic product information using a Google Form-based labeling tool. Labels generated through this tool complied with legal standards. Participants expressed the highest level of satisfaction with the labeling tool, particularly in terms of its appropriateness and ease of use. It is recommended that this approach be extended to other community enterprise groups. Additionally, supporting materials such as manuals, instructional videos, or mobile applications should be developed to assist users, especially those with limited technological literacy.

Keywords : Health product labeling, community enterprises, Tak province, labeling tool

¹Senior Professional Pharmacist, Consumer Protection and Public Health Pharmacy Division, Tak Provincial Public Health Office

บทนำ

แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ให้ความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศตั้งแต่เศรษฐกิจฐานราก มินิโบบาย 5 เติบโต และ 5 สานต่อ โดย 1 ใน 5 ด้านที่ต้องเร่งรัดพัฒนา คือการยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพด้วยการยกระดับอุตสาหกรรม การแพทย์มูลค่าสูง การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ได้มาตรฐานสากล ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและควบคุมคุณภาพตลอดห่วงโซ่การผลิต เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผลิตภัณฑ์สุขภาพ [1] อีกทั้งสำนักงานคณะกรรมการและยา ได้มีการส่งเสริมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนให้พึ่งพาตนเองโดยนำวัตถุดิบในท้องถิ่นมาสร้างรายได้ให้กับชุมชน โดยสนับสนุนการยกระดับมาตรฐานการผลิต เพื่อเพิ่มโอกาสในการแข่งขันของผู้ประกอบการสู่ระดับสากล ตามนโยบายรัฐบาลในการส่งเสริม Soft Power ของประเทศไทย เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจ และกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด [2]

จากผลการดำเนินการเฝ้าระวังและร้องเรียนด้านการแสดงฉลากผลิตภัณฑ์อาหารพบผู้กระทำผิดจำนวนมาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) ดำเนินการตรวจสอบการแสดงฉลากอาหาร ไม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 904 เรื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 404 เรื่อง [3] และจากการประชุมคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนจังหวัดตาก คณะทำงานตรวจประเมินแหล่งผลิตสินค้าเกษตร และคณะทำงานตรวจประเมินสินค้าเกษตรแปรรูปภายใต้แบรนด์ “ตากการันตี” คณะกรรมการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชนจังหวัดตาก และคณะกรรมการดำเนินงานการคัดสรรสุดยอดหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ไทย (OTOP Product Champion : OPC) พบว่า ฉลากผลิตภัณฑ์อาหารในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนมีข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 450 พ.ศ. 2567 เรื่อง การแสดงฉลากอาหารในภาชนะบรรจุ [4] ซึ่งเป็น ปัญหาที่พบในทุกปีและปัญหากลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารไม่ครบถ้วนนี้เป็นปัญหาที่ถูกร้องเรียนค่อนข้างมาก และมีการเปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีรายได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากสมาชิกในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนไม่ทราบข้อมูลที่ต้องระบุบนฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้องตามกฎหมาย จึงทำให้อาหารผลิตภัณฑ์อาหารมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ โดยในปัจจุบันจังหวัดตากมีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จำนวน 13 แห่ง มีผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาตทั้งหมด จำนวน 69 ผลิตภัณฑ์ (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567) อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาการแสดงฉลากอาหารอย่างเป็นรูปธรรมจึงควรขับเคลื่อนสร้างความเข้าใจให้ผู้ประกอบการรวมทั้งสร้างเครื่องมือในการจัดทำฉลาก โดยใช้กระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วม ตามแนวคิดเศรษฐกิจสร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ในการสร้างแนวทางการจัดการฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีการแสดงฉลากที่ถูกต้อง

ครบถ้วน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลที่ไมครบถ้วน และหรือเป็นเท็จ หรือการกล่าวอ้างเกินจริง

ผู้เสนอผลงานจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาแนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก โดยศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงผลผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก และศึกษาแนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก ให้ถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตากที่ได้จัดทำขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงผลอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก
2. เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก ให้ถูกต้องตามกฎหมาย
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้การศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน จำนวน 11 กลุ่ม ซึ่งมีสมาชิกในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนรวมทั้งหมด 263 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะแบ่งเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา การแสดงผลอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก จะคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าคลาดเคลื่อนไว้ร้อยละ 5 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา การแสดงผลอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก เท่ากับ 165 คน และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 จำนวนสมาชิก 13 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 13:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 1 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 8 คน

- กลุ่มที่ 2 จำนวนสมาชิก 15 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 15:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 2 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 9 คน
- กลุ่มที่ 3 จำนวนสมาชิก 57 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 57:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 3 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 36 คน
- กลุ่มที่ 4 จำนวนสมาชิก 15 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 15:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 4 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 9 คน
- กลุ่มที่ 5 จำนวนสมาชิก 11 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 11:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 5 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 7 คน
- กลุ่มที่ 6 จำนวนสมาชิก 8 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 8:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 6 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 5 คน
- กลุ่มที่ 7 จำนวนสมาชิก 10 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 10:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 7 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 คน
- กลุ่มที่ 8 จำนวนสมาชิก 47 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 47:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 8 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 30 คน
- กลุ่มที่ 9 จำนวนสมาชิก 68 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 68:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 9 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 43 คน
- กลุ่มที่ 10 จำนวนสมาชิก 10 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 10:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 10 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 คน
- กลุ่มที่ 11 จำนวนสมาชิก 9 คน จากสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทั้งหมด 263 คน อัตราส่วนเท่ากับ 9:263 ดังนั้นกลุ่มที่ 11 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 คน

2.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก จะคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าคลาดเคลื่อนไว้ร้อยละ 5 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตากเท่ากับ 50 ผลิตภัณฑ์ และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ารวมการศึกษาใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 2:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 1 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 12 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 12:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 2 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 11 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 3 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 15 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 15:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 3 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 14 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 4 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 1:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 4 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 1 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 5 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 4:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 5 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 4 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 6 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 4:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 6 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 4 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 7 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 1:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 7 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 1 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 8 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 4:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 8 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 4 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 9 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 6:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 9 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 6 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 10 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 2:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 10 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2 ผลิตภัณฑ์

- กลุ่มที่ 11 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1 ผลิตภัณฑ์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน อัตราส่วนเท่ากับ 1:52 ดังนั้นกลุ่มที่ 11 จะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 1 ผลิตภัณฑ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้แนวทางการพัฒนาผลผลิตสุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจคำตอบ (Checklist) และเติมคำตอบ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลผลิตสุขภาพ เป็นแบบตรวจคำตอบ (Checklist) จำนวน 14 ข้อใหญ่ แบ่งเป็น 19 ข้อย่อย

2. แบบประเมินความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลาก สำหรับผู้วิจัยแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก (โดยให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก

4.1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โดยการนำข้อมูลฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาต มาวิเคราะห์จุดถูกผิดเปรียบเทียบกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 จัดอบรมสมาชิกจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โดยทำหนังสือถึงกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหารจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เพื่อเชิญเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหาร และฉลากโภชนาการ

4.1.3 ให้สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำแบบสอบถามความรู้ก่อนอบรมเพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหา ณ ปัจจุบันในการแสดงฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก

4.2 การสร้างแนวทางการพัฒนาฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก ให้ถูกต้องตามกฎหมาย

4.2.1 แบ่งกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารอย่างละเอียดในเรื่องของกฎหมาย และประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และให้สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำแบบสอบถามความรู้หลังอบรม เพื่อประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากอบรมเรียบร้อยแล้ว

4.2.3 สร้างแนวทางในการพัฒนาฉลากอาหาร โดยสร้างเป็นเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร โดยให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนร่วมออกความคิดเห็นและออกแบบ จากนั้นนำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนมาผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร เพื่อวิเคราะห์จุดถูกผิดในฉลาก

4.3 ประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก

4.3.1 ให้สมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการหาจำนวนและร้อยละ (Percentage) ในส่วนข้อมูลอายุ เพศ และระดับการศึกษา

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลผลการสอบถามความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในส่วนข้อมูลคะแนนแบบสอบถามก่อนอบรม

5.3 วิเคราะห์ข้อมูลผลการสอบถามความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์จำนวนข้อที่ถูกและผิด (ถูก = 1 , ผิด = 0) เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปประมวลความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารและฉลากโภชนาการแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์จุดถูกผิดของฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการหาร้อยละ (Percentage)

5.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการสอบถามความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนอบรมและหลังอบรม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) t-test

5.5 วิเคราะห์จุดถูกผิดของฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการหาร้อยละ (Percentage)

5.6 วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร โดยใช้วิเคราะห์ด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 119 คน (72.10%) และเพศชาย จำนวน 46 คน (27.90%) มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 48 คน (29.10%) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 37 คน (22.40%) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 37 คน (22.40%) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 22 คน (13.30%) มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 16 คน (9.70%) และอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 5 คน (3.00%) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 53 คน (32.10%) ระดับปริญญาตรี จำนวน 48 คน (29.10%) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 40 คน (24.20%) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 14 คน (8.50%) ระดับปวช/อนุปริญญา จำนวน 8 คน (4.80%) และระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน (1.20%) ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก

จากการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการอบรม พบว่าคะแนนก่อนการอบรมเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 7.12 คะแนน และคะแนนหลังจากอบรมเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 12.61 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) หลังจากการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในรูปแบบ google form โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมออกแบบและแสดงความคิดเห็นในการสร้างแนวทางดังกล่าว และเมื่อนำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก จำนวน 50 ผลิตภัณฑ์ มาประเมินความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลาก โดยใช้แบบประเมินความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลาก พบว่า รายละเอียดบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพถูกต้องเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่าร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 คือ เลขสารบบอาหาร การแสดงวันหมดอายุ ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร และวัตถุเจือปนอาหาร

จากการประเมินความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจในการออกแบบหน้าจอของเครื่องมือจัดทำฉลากสามารถใช้งานได้ง่าย ในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 78.79 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ความสะดวกในการใช้งานเครื่องมือจัดทำฉลาก ร้อยละ 86.67 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ภาษาที่ใช้ในเครื่องมือจัดทำฉลากสามารถเข้าใจได้ง่าย ร้อยละ 84.24 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ความเหมาะสมของเครื่องมือจัดทำฉลาก ร้อยละ 89.70 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งานเครื่องมือจัดทำฉลาก ร้อยละ 89.09 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

การศึกษารั้วนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก โดยดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่กลุ่มตัวอย่าง และประเมินผลความรู้ก่อนและหลังการอบรม พร้อมกับพัฒนาเครื่องมือช่วยในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สอดคล้องกับกฎหมาย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาประกอบด้วยสมาชิกวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดตาก จำนวน 165 คน พบว่า ร้อยละ 72.10 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนการอบรมอยู่ที่ 7.12 คะแนน และหลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 12.61 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. การพัฒนาเครื่องมือช่วยจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในรูปแบบ Google Form กลุ่มตัวอย่างสามารถกรอกข้อมูลพื้นฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้ได้ฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมาย และพบว่า

ฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทุกหัวข้อที่กฎหมายกำหนด เช่น ชื่ออาหาร เลขสารบบอาหาร ชื่อผู้ผลิต ปริมาณอาหาร ส่วนประกอบ วันหมดอายุ ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร และวัตถุเจือปนอาหาร

3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมและความสะดวกของเครื่องมือ

2. อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก 2) เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาฉลากอาหารของผลิตภัณฑ์สุขภาพสำหรับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก ให้ถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) เพื่อประเมินความเหมาะสมของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่จังหวัดตาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (Observational studies) รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรู้แนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก 2) แบบประเมินความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนผ่านเครื่องมือในการจัดทำฉลาก สำหรับผู้วิจัยแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน ในพื้นที่จังหวัดตาก (โดยให้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน) 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครื่องมือในการจัดทำฉลากอาหาร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ สมาชิกหรือตัวแทนจากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับอนุญาตสถานที่ผลิตอาหาร จำนวน 165 คน และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จำนวน 50 ผลิตภัณฑ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.10) และมีช่วงอายุที่หลากหลาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุเกิน 60 ปี (ร้อยละ 29.10) สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรในพื้นที่จังหวัดตากที่ยังคงมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในกลุ่มผู้ประกอบการวิสาหกิจชุมชน ในด้านความรู้เกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 7.12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้ในระดับควรปรับปรุงตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Bloom (1971) [5] โดยเฉพาะคำถามเกี่ยวกับการแสดงสารก่อภูมิแพ้และวัตถุเจือปนอาหาร พบว่าเป็นข้อที่ตอบผิดมากที่สุด ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับเอกสารทางวิชาการของพรพิมล เลิศพานิช (2566) [6] ที่ได้ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาการแสดงฉลากอาหารที่ได้จากการติดตามตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่มีการจำหน่ายในท้องตลาด พบว่า บนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่แสดงวันเดือนปีที่ผลิต ไม่แสดงวันเดือนปีที่หมดอายุ การบริโภค ไม่แสดงข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร และการแสดงวัตถุเจือปนอาหารไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งหลังการอบรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.61 คะแนน ซึ่งแสดงว่าระดับความรู้เพิ่มขึ้นจาก

ระดับควรปรับปรุงมาอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Bloom (1971) [5] ทำให้เห็นว่าการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำฉลากอาหารและฉลากโภชนาการสามารถเพิ่มความรู้เรื่องฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยะรัตน์ ศรีสุข (2560) [7] ที่ออกแบบฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิดการตลาดเพื่อสุขภาพ และพบว่า การให้ความรู้รวมกับการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการสามารถยกระดับความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของปาริชาติ ธนวิรัช (2563) [8] ที่พบว่าหลังการอบรมเกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในวัยทำงานคะแนนความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการประเมินฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังผ่านเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่า ความถูกต้องของฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพในหลายหัวข้อเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่าร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 100 ได้แก่ การแสดงเลขสารบบอาหาร ปริมาณอาหาร ส่วนประกอบที่สำคัญ วันหมดอายุ ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร และวัตถุเจือปนอาหาร โดยเฉพาะการแสดงเลขสารบบอาหาร วันหมดอายุ ข้อมูลสำหรับผู้แพ้อาหาร และวัตถุเจือปนอาหาร ที่ก่อนการใช้เครื่องมือถูกต้องเพียงร้อยละ 18 , ร้อยละ 42 , ร้อยละ 9.09 และร้อยละ 0.00 ตามลำดับ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 หลังจากผ่านเครื่องมือการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวทางการพัฒนาฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้วิจัยออกแบบ สามารถช่วยลดข้อผิดพลาดในการแสดงข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภคได้ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญมา ชูศักดิ์ (2565) [9] ที่พัฒนาเครื่องมือออนไลน์เพื่อให้ผู้ผลิตรายย่อยสามารถตรวจสอบและกรอกข้อมูลฉลากอาหารได้อย่างถูกต้อง โดยผลการศึกษาพบว่าความถูกต้องของฉลากหลังใช้เครื่องมือเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ประกอบการลดความผิดพลาดจากการจัดทำฉลากด้วยตนเอง

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อของการประเมิน โดยเฉพาะในประเด็นด้านความเหมาะสมของเครื่องมือการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 89.70) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.88 (0.36) ทำให้เห็นว่าเครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีข้อมูลที่ครอบคลุมข้อมูลสำคัญตามที่กฎหมายกำหนด และสามารถใช้ได้ในสถานการณ์จริง ด้านการออกแบบหน้าจอและความสะดวกในการใช้งานคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 78.79 และ 86.67 ตามลำดับ) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.79 (0.41) และ 4.87 (0.34) แสดงให้เห็นว่าการออกแบบของเครื่องมือมีการสื่อสารชัดเจน และไม่ซับซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความกังวลในการใช้งาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้งานที่ไม่ชำนาญด้านเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังแสดงถึงการออกแบบที่สามารถปรับใช้ในบริบทของวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ชนบทได้ดี ด้านภาษาที่ใช้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ที่สุด (ร้อยละ 84.24) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.84 (0.37) แสดงให้เห็นถึงเครื่องมือในการจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมีการใช้คำศัพท์ง่าย เข้าใจได้ในระดับทั่วไป โดยการเลือกใช้ภาษาที่เข้าถึงง่ายช่วยให้ผู้ใช้งานมีความมั่นใจ และลดความผิดพลาดในการกรอกข้อมูล ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีระดับการศึกษาหลากหลาย และด้านภาพรวมของการใช้งานมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 89.09) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.89 (0.31) แสดงว่าเครื่องมือนี้เป็นประโยชน์และคุ้มค่ากับการใช้งานโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำมาใช้ร่วมกับกระบวนการให้ความรู้ และการอบรมทำให้ผู้ใช้งานเกิดความเข้าใจและมีทักษะในการประยุกต์ใช้จริงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยะรัตน์ ศรีสุข (2560) [7] ที่พบว่า การออกแบบฉลากโดยเน้นผู้บริโภคเป็นศูนย์กลางและใช้เครื่องมือที่เหมาะสม จะส่งเสริมให้ผู้ประกอบการสามารถจัดทำฉลากได้ถูกต้องตามกฎหมายมากขึ้น และยังสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผลิตภัณฑ์ในตลาดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลการใช้เครื่องมือจัดทำฉลากไปยังกลุ่มวิสาหกิจชุมชนอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างมาตรฐานผลิตภัณฑ์ชุมชน และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดที่กว้างขึ้น
2. ควรจัดอบรมเชิงลึกเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้เรียนตอบผิดมาก เช่น สารก่อภูมิแพ้ การแสดงวัตถุเจือปนอาหาร และการแสดงฉลากโภชนาการ
3. ควรพัฒนาเครื่องมือประกอบการใช้เครื่องมือจัดทำฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น คู่มือแนะนำแบบมีภาพ วิดีโอ หรือแอปพลิเคชัน เพื่อสนับสนุนการใช้งานในกลุ่มผู้มีความรู้เทคโนโลยีจำกัด

เอกสารอ้างอิง

- ราชกิจจานุเบกษา. (2561). ประกาศเรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580). ราชกิจจานุเบกษา, 135(82 ก), 1. สืบค้นจาก <https://tpd.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/strategy-20y.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570) (สุภโชค เวชภัณฑ์เภสัช & นนท์ จินดาเวช, บ.ก.). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/MOPH_plan-66-70-for-web.pdf
- ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.). (ไม่ทราบปีที่เผยแพร่). สถิติการร้องเรียนรายปี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2568, จาก <https://cemc.fda.moph.go.th/statistic/category/yearly-complaint-statistic/>

ราชกิจจานุเบกษา. (2567). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 450) พ.ศ. 2567 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารในภาชนะบรรจุ. ราชกิจจานุเบกษา, 141 (พิเศษ 195 ง), 13.

Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York, NY: McGraw-Hill.

พรพิมล เลิศพานิช. (2566). แนวทางการพัฒนาการแสดงผลงานอาหารให้เป็นไปตามกฎหมาย [เอกสารวิชาการ]. กองอาหาร สำนักคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข.

ปิยะรัตน์ ศรีสุข. (2560). การพัฒนารูปแบบฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิดการตลาดเพื่อสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปาริชาติ ธนวิชัย. (2563). ผลของการให้ความรู้และการทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับฉลากผลิตภัณฑ์อาหารเสริมในวัยทำงาน. วารสารวิจัยสุขภาพ, 9(1), 27–38.

บุญมา ชูศักดิ์. (2565). การพัฒนาเครื่องมือออนไลน์เพื่อส่งเสริมความถูกต้องในการแสดงฉลากอาหารของผู้ผลิตรายย่อย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 21(2), 85–96.

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์
อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

Model of Sustainable Quality of Life Development for the Elderly in
Na Bote Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province.

สนรยา อินทพรหม

Sonthaya Inphrom

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบและนำไปสู่การปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 69 คน ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก มีการกำหนดกิจกรรมใน 2 ระดับ ได้แก่ ในระดับบุคคล และครอบครัว และระดับตำบล ส่วนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อีก 4 ระดับ อันได้แก่ ระดับกลุ่มทางสังคม (อสม.) ระดับหน่วยงาน(รพ.สต.) ระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน)และระดับเครือข่าย เป็นฝ่ายหนุนเสริมให้กระบวนการและกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2.) ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก หลังการพัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to create a model and action in developing sustainable quality of life for the elderly in Na Bote Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province. The sample group consisted of 69 elderly people who were members of the Na Bote Sub-district Municipality Elderly Club, Mueang Tak District, Tak Province, aged 60 years and over. The research methodology was research and development. The tools used to collect data included questionnaires, workshop topics, and a 5-level rating scale. Statistics used in data analysis include percentage, frequency, mean, standard deviation, and t-value.

The research results found that 1. Appropriate guidelines or methods for developing the sustainable quality of life of the elderly Na Bote Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province. Activities are determined at 2 levels: at the individual and family level and at the sub-district level. Network partners involved in caring for the elderly have another 4 levels, including the social group level. Agency level village level and network level supporter of processes and mechanisms for improving the quality of life of the elderly in Pa Sao Sub-district to operate efficiently. 2. Results of the study of opinions regarding the results of sustainable development of the quality of life of the elderly in Na Bote Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province after the development. Overall, it was at a high level.

Keywords : Quality of life development, elderly people

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก อัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากร ทั้งหมด ในปี 2021 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20 ทวีปอื่นๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกาทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคม เยาว์วัย คือ มีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกส ร้อยละ 30 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ,2565)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2564 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งสรุปผลการสำรวจที่สำคัญได้แก่ ในปี 2564 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,358,751 คน หรือ ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดย แบ่งเป็นผู้สูงอายุชาย 5,974,022 คน (ร้อยละ 44.7) และ ผู้สูงอายุหญิง 7,384,729 คน (ร้อยละ 55.3) เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่า มีผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) จำนวน 7,645,141 คน (ร้อยละ 57.2) วัยกลาง (70 – 79 ปี) จำนวน 3,942,668 คน (ร้อยละ 29.5) และ วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,770,942 คน (ร้อยละ 13.3) ซึ่งในทุกช่วงวัย มีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2567)

ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในหลายๆ ด้าน เนื่องจากความชราภาพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นสภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายจะเสื่อมถอยลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่นและต้องการความช่วยเหลือดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อแต่มีเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ฯลฯ มีจำนวนมากขึ้นที่สำคัญโรคเหล่านี้เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดผู้ป่วยที่ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุต้องอยู่กับโรคนี้อย่างตลอดชีวิต สิ่งที่ได้ก็เพียงประคับประคองอาการและดูแลสุขภาพให้อยู่กับโรคเหล่านี้ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการดูแลจากคนในครอบครัวหรือเป็นภาระพึ่งพิงตลอดไป

ตำบลนาโบสถ์อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตาก มีเนื้อที่ประมาณ 45 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 28,125 ไร่ มีเขตบริการ ประชากรในตำบลนาโบสถ์ประกอบอาชีพหลากหลาย เช่น รับราชการ รับจ้างทั่วไป ทำการเกษตร ทำนา ค้าขาย ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพทำการเกษตรโดยเฉพาะทำไร่ ทำนา ปลูกข้าวโพด ปลูกผัก ฯลฯ ปี 2567 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 6,415 คน เป็นชายจำนวน 3,053 คน เป็นหญิง จำนวน 3,362 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 1,637 คน คิดเป็นร้อยละ 25.52 จำแนกเป็นชาย 689 คน คิดเป็นร้อยละ 42.08 และเป็นหญิง 948 คน คิดเป็นร้อยละ 57.91 (สำนักปลัดตำบลนาโบสถ์, 2565) จะเห็นได้ว่าสัดส่วนผู้สูงอายุของตำบลนาโบสถ์สูงมากเมื่อเทียบกับสัดส่วนระดับประเทศซึ่งมีเพียง ร้อยละ 19.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2567)

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ที่เพิ่มมากขึ้นดังกล่าว ทำให้เกิดความต้องการของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและยังไม่ได้รับการดูแลที่ทั่วถึงประกอบกับเครือข่ายภาครัฐที่ทำหน้าที่ดูแลยังดำเนินการได้ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในพื้นที่ตำบลนาโบสถ์จึงเห็นว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากเป็นสิ่งจำเป็นเพราะการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะเป็นกลไกสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก
2. เพื่อสร้างรูปแบบและนำไปสู่การปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ NTC REC 010/2568

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 69 คน ซึ่งผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มเป้าหมาย

- 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มเป้าหมาย
- 2) กลุ่มเป้าหมายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลนาโบสถ์ ผู้ใหญ่บ้านตำบลนาโบสถ์จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาโบสถ์จำนวน 16 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์จำนวน 7 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 16 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 38 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
- 3) กลุ่มเป้าหมายในการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์จำนวน 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาโบสถ์ หมู่บ้านละ 2 คน จำนวน 16 คน ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 69 คน รวมทั้งสิ้น 92 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
- 4) กลุ่มเป้าหมายในการประเมินประสิทธิผล ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลนาโบสถ์ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 8 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์จำนวน 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาโบสถ์หมู่บ้านละ 2 คนจำนวน 16 คน ผู้สูงอายุที่เป็น

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 69 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 101 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก ก่อนการดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวิจัย โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 คือ แบบสอบถามแบบสำรวจรายการ (checklist) โดยขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิคการระดมสมอง (Brain storming) เพื่อสร้างรูปแบบและกำหนดวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากขั้นตอนนี้ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากโดยจัดประชุมเพื่อสร้างความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชน ผู้สูงอายุที่สนใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ จำนวน 69 คน รวมทั้งสิ้น 92 คน โดยจัดในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 แล้วนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์ไปปฏิบัติตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยจัดทำคู่มือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์และผู้วิจัย ติดตามผลและสังเกตการณ์ทุก 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) เพื่อศึกษาบริบทของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ จำนวน 25 ข้อ นำมาคำนวณหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าที่

ชุดที่ 2 ประเด็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อออกแบบและหาวิธีการหรือแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตาก จำนวน 3 ประเด็น ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ชุดที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของ (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากเพื่อประเมินระดับของความคิดเห็นว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถาม โดยการทดลองใช้ (Try out) กับ ประชาชน จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา นำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha - Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2556: 99) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัย และเสนอขอพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
2. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาโบสถ์ อำเภอวังเจ้า จังหวัดตากที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้จำนวน 69 คน
3. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์เชิญอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยเข้าไปแนะนำพูดคุยโดยตรงทุกคน ชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยประกอบการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
4. ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแก่ นายกเทศมนตรีตำบลนาโบสถ์ผู้ใหญ่บ้านตำบลนาโบสถ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ตำบลนาโบสถ์
5. อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาขึ้น
6. ประเมินผลหลังจัดกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ร้อยละ(Percentage) ค่าความถี่(Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)และค่าที (t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหา(content analysis)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.60 มี สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.70 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 49.30 มีการศึกษาสูงสุดคือระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 55.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้าน ร้อยละ 56.50 มีรายได้ ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.90 โดยแหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.80 ประเภทสิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 58.00 ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วน

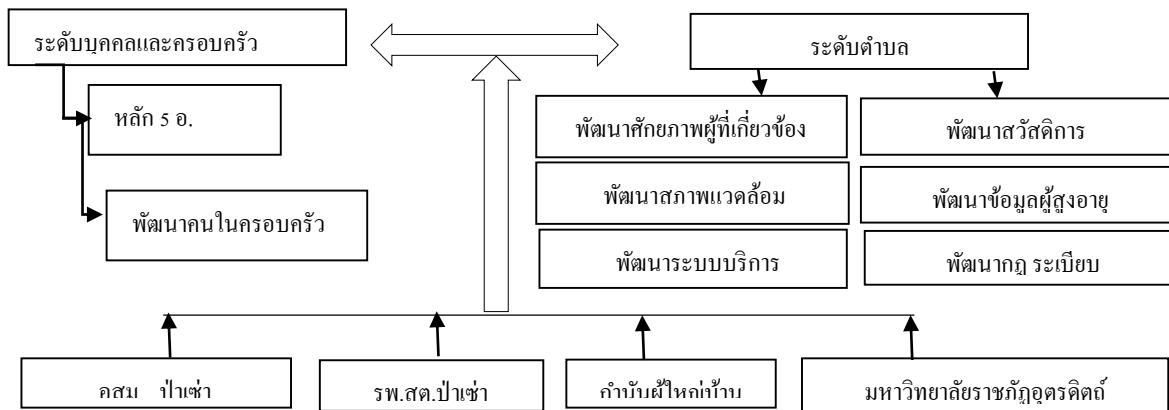
ใหญ่อยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 44.90 ภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.80 ประเภทของผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 94.20 มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.30 โดยผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 34.80 มีการออมหรือมีทรัพย์สิน ร้อยละ 65.20 ในระหว่าง 6 เดือนไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 68.10 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.30 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.50 การมีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 76.80 มีส่วนสูงระหว่าง 150 – 160 เซนติเมตร ร้อยละ 63.80 มีน้ำหนัก ระหว่าง 61 – 70 กิโลกรัม ร้อยละ 42.00 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว ร้อยละ 60.90 ส่วนใหญ่รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 85.50 มีการดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ ร้อยละ 98.60 การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในรอบ 12 เดือน ส่วนใหญ่เข้าร่วม ร้อยละ 75.40 และการเข้าร่วม กิจกรรมวันสำคัญของชุมชน ในรอบ 12 เดือน ส่วนใหญ่เข้าร่วม ร้อยละ 82.60

2. ผลการศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 69 คน ก่อนการพัฒนา พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.70 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 37.68 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 21.74 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 26.09 และผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยแรงที่แฝงมากับความอ้วน ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ควรปรับพฤติกรรมการทานอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 68.12

3. ผลการศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 69 คน ภายหลังการพัฒนา พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 2 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 37.68 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 18.84 ผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 34.78 และผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.90 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยแรงที่แฝงมากับความอ้วน ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ควรปรับพฤติกรรมการทานอาหาร ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพ มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 62.32 ลดลงจากก่อนการพัฒนาเมื่อนำค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)ของ กลุ่มตัวอย่างมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

4. ผลการศึกษากการสร้างรูปแบบและแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตากพบว่า มีการกำหนดกิจกรรมใน 2 ระดับ ได้แก่ ในระดับบุคคลและครอบครัว มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีด้วยการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ของกรมอนามัยและมีการพัฒนาศักยภาพ คนในครอบครัวผู้สูงอายุให้เข้าใจความเสื่อมตามวัย อาทิ สายตา ฟันและการดูแลเมื่อป่วยเล็กน้อย ป่วย เรื้อรัง ฉุกเฉิน และระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องส่วนในระดับตำบล กำหนดให้ เทศบาลตำบลนาโบสถ์ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีทั้งคนและงบประมาณ ร่วมกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์ดำเนินการ 6 กิจกรรม ดังนี้ 1. การพัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. การ

พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 3. การพัฒนาระบบบริการ 4. การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน 5. การพัฒนาข้อมูลในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ 6. การมีกฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อีก 4 ระดับ อันได้แก่ ระดับกลุ่มทางสังคม (อสม.) ระดับหน่วยงาน(รพ.สต.) ระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) และระดับเครือข่าย(มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์) เป็นฝ่ายหนุนเสริมให้กระบวนการและกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ปรากฏตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภองัวเจียงจังหวัดตาก

5. ผลการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภองัวเจียง จังหวัดตาก หลังการพัฒนา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18$, S.D. = 0.69) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ ลำดับที่ 1 ผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุในตำบลนาโบสถ์อำเภองัวเจียง จังหวัดตากมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.68) ลำดับที่ 2 คือ สร้างความรู้และความตระหนักแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.61) ลำดับที่ 3 กิจกรรมในงานวิจัยมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 4.22$, S.D. = 0.70) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยลำดับสุดท้าย คือ สร้างความตระหนักความรับผิดชอบร่วมกันแก่สังคม ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.70)

อภิปรายผล

แนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์อำเภองัวเจียง จังหวัดตาก มีการกำหนดกิจกรรมใน 2 ระดับ ได้แก่ ในระดับบุคคลและครอบครัว โดยมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีด้วยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ. ของกรมอนามัยและมีการพัฒนาศักยภาพคนในครอบครัวผู้สูงอายุให้เข้าใจความเสื่อมตามวัย เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ส่วนในระดับตำบล กำหนดให้เทศบาลตำบลนาโบสถ์ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีทั้งบุคลากรและงบประมาณ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโบสถ์ดำเนินการ 6 กิจกรรม ดังนี้ 1. การพัฒนาศักยภาพผู้ที่เกี่ยวข้อง 2. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 3. การพัฒนาระบบบริการ 4. การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน 5. การพัฒนาข้อมูลในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ 6. การมีกฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติสำหรับ

ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อีก 4 ระดับ อันได้แก่ ระดับกลุ่มทางสังคม (อสม.) ระดับหน่วยงาน (รพ.สต.) ระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) และระดับเครือข่าย(มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์) เป็นฝ่ายหนุนเสริมให้กระบวนการและกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาโบสถ์ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ แสดงถึงกระบวนการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิผล เกิดความร่วมมือในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับยุทธพร รูปงาม (2545) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นผลมาจากการเห็นพ้องกัน ในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีความจริงใจ เกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นแรกของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่า ปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำ ผ่านองค์การ ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับ อรทัย ก๊กผล (2546) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นกระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะ แลกเปลี่ยนข้อมูลและความ คิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือก และการตัดสินใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ ร่วมกัน ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งถึงการติดตาม และ ประเมินผล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ – เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกัน ซึ่งจะ เป็น ประโยชน์ต่อทุกฝ่าย และสอดคล้องกับชญาณี ไมเออร์ (2552) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัด ปทุมธานีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่าควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจทำให้รู้สึก ว่า ตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม และส่งเสริมให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุและประชาชน ในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ ภียริน ชุงและ อภิสิทธิ์ พลแสน (2562) ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลนาฝาย อำเภอวังเจ้า จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ด้านร่างกายผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการและถูกสุขอนามัย และแนะนำผู้สูงอายุเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ด้านจิตใจควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจในตัว ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเปิดใจรับฟังความกังวลใจของผู้สูงอายุ และมีการอบรมความรู้การดูแลรักษาสุขภาพจิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมควรจัดกิจกรรมนันทนาการสานสัมพันธ์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุร่วมเล่าปัญหาที่กันฟังเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ด้านสิ่งแวดล้อมควรจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมทั้งในบ้านและนอกสถานที่ในหมู่บ้านและอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ สามารถเดินทางด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.1 หน่วยงานภาครัฐ อาทิ กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมให้มีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชายขอบ
- 1.2 ควรกำหนดนโยบายในการสนับสนุนงบประมาณแบบบูรณาการจากทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวมีความยั่งยืน
- 1.3 ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทเชิงรุกในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีศูนย์ดูแลระยะยาวหรือบริการ Home-based care ที่ตอบสนองต่อความต้องการในแต่ละชุมชน
- 1.4 ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับตำบลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย เพื่อใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายและติดตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

- 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้สูงอายุให้กับอาสาสมัครและผู้ดูแลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพจิต ทัศนสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.2 ควรจัดให้มีระบบการประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และนำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2.3 ควรมีการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เช่น การใช้แอปพลิเคชัน แผ่นพับ หรือวิดีโอให้ความรู้ เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว
- 2.4 สถานบริการสาธารณสุขควรจัดระบบการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ โดยประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน
- 2.5 ควรพัฒนา “เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ” ที่มีการบูรณาการระหว่างภาคสาธารณสุข สังคม และการศึกษาชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- 3.1 ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวในบริบทอื่น ๆ เช่น พื้นที่เมืองหรือชายแดน เพื่อเปรียบเทียบและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 3.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมในด้านผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น การลดภาระของครอบครัว ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือภาระของระบบบริการสาธารณสุข
- 3.3 ควรพัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นด้านสุขภาพองค์รวม (holistic health) เช่น การส่งเสริมกิจกรรมสร้างสุข การฟื้นฟูจิตวิญญาณ และการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ
- 3.4 ควรมีการศึกษากการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตามและดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระบบเตือนการกินยา ระบบสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน
- 3.5 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองในวงกว้าง เพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่น และนำไปสู่การขยายผลในระดับนโยบายระดับชาติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2565). รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ. เข้าถึงจาก www.agingthai.dms.go.th
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). คู่มือสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เข้าถึงวันที่ 16 ธันวาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1664937156-118_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. เข้าถึงวันที่ 14 ธันวาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_2015_250963042_1.pdf คณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมนุญที่มีต่อประชาชน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2563).
- ศิริอร สีนุช, รวมพร คงกำเนิด, นัยนา หนูนิล, กฤตพัทธ์ ผีภน, นิชดา สารถวัลย์แพศย์, ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ... & สันติ ลาภเบญจกุล. (2565) การพัฒนารูปแบบการบริหารและการ รักษาพยาบาลผู้สูงอายุระดับปฐมนุญในสังคมปกติ วิถีใหม่: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการ ปฏิรูประบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหาม, & ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2021). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบ การดูแลระยะยาวจังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัย สิ่งแวดล้อม, 15(36), 44-62.
- สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิมะห์ พรหมทอง, ณัฐภัทร พรหมทอง, & จิตรวี เขยชม. (2565). การเข้าถึง บริการสาธารณสุขระดับปฐมนุญของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี.

ประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

Effectiveness of the care guidelines for the elderly in dependent status at
Ban Krong Khayang Phrong Health Promoting Hospital, Nam Ruem Subdistrict,
Tak Province.

วิภาภรณ์ ทิพพะหา

Wiphaphon Thippaha

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เก็บข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixt Method) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เรื่องประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัว 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการศึกษาวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) การศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษามีจำนวน3ประเด็นการพัฒนา 8 แนวทาง ประกอบด้วยแนวทางที่1พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางที่2 พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์กิจกรรม แนวทางที่ 3 เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพตามเกณฑ์แนวทางที่4 พัฒนาระบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้สูงอายุ ประชาชน และครอบครัวให้ได้มาตรฐาน แนวทางที่ 5 เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางที่6 พัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประชาชน แนวทางที่ 7 สร้างเสริม ความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางที่8 ยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางที่8 พัฒนาระบบกลไกและการกำกับติดตาม ประเมินผล และการนำผลการประเมินไปใช้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This research and development project employed a mixed-method approach, combining qualitative and quantitative research, to study the effectiveness of care guidelines for dependent elderly individuals at the Ban Khlong Khyang Phrong Subdistrict Health Promoting Hospital in Nam Ruem Subdistrict, Tak Province. The objectives of the study were: 1) to examine the conditions and challenges in caring for dependent elderly individuals within families, 2) to develop community-based care guidelines for dependent elderly individuals, and 3) to evaluate the effectiveness of these care guidelines.

The study was conducted in three stages: Stage 1 involved quantitative research to investigate the conditions, problems, and factors related to elderly care. Stage 2 focused on developing participatory care guidelines for dependent elderly individuals. Stage 3 assessed the outcomes of implementing these guidelines.

The findings revealed three key development areas and eight care guidelines: 1. Developing an information management system for elderly health care. 2. Enhancing public relations for care-related activities. 3. Improving the caregiving capabilities of volunteers to meet quality standards. 4. Standardizing care procedures for health personnel, volunteers, elderly individuals, families, and community members. 5. Strengthening the caregiving skills of volunteers. 6. Building a network of health personnel, volunteers, and community members. 7. Promoting knowledge, skills, and positive attitudes toward elderly care. 8. Enhancing the effectiveness and efficiency of elderly care activities, including monitoring, evaluation, and feedback mechanisms.

Keywords: Effectiveness, Elderly Care Guidelines, Dependent Elderly, Subdistrict Health Promoting Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ.2544 - 2563 องค์การสหประชาชาติ (UN) มองว่า เป็นช่วงศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผู้สูงอายุ มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่า ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจนสำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปีพ.ศ.2548 โดยมีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มองว่า ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ ในระหว่าง ปี พ.ศ.2551- 2571 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก ร้อยละ 11.1 เป็น ร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ รวมถึง การจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคต หากไม่มีแผนปฏิบัติการหรือนโยบายที่เหมาะสมรองรับ (ภารกิจโครงการและประสานงานวิจัย. 2555) หากพิจารณาเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุไทย จะมี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่สามารถพึ่งตนเองได้ เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง มักจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) และ (70-79ปี) และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุขึ้นไป หรือผู้ที่ทุพพลภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้สูงอายุวัยปลาย มีประมาณ 1 ใน 10 (ร้อยละ 9.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552) ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดจากภาวะการเจ็บป่วย และการมีโรคประจำตัว เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งกับผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวกว่าครึ่งหนึ่ง โดยกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวพบมากใน 3 อันดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และโรคความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคปวดหลัง ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลายและเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557)

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของสังคมไทย ยังเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัวและเครือญาติ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก 6 คน ในปี 2503 เหลือ 3 คน ในปี 2553 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม. 2557) ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐบาลจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งสถานีอนามัย โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการถึงบ้าน รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำ ปรีกษาเฉพาะหน้าและส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านสหสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครอบครัวและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สำหรับบริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้นส่วนการให้บริการ ในรูปแบบศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคม (Day Care) ที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการภายในศูนย์ที่เอื้อเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น ทั้งออกกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน แต่ศูนย์บริการดังกล่าวก็ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เห็นได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะแยกส่วนขาดการเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพและสังคม และยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแต่

ละกลุ่ม รวมทั้งไม่สามารถเชื่อมโยงกลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างบูรณาการ เนื่องจากการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ต่างมุ่งดำเนินการเพื่อตอบสนองภารกิจของหน่วยงานเป็นหลัก อีกทั้งชุมชนและผู้สูงอายุยังไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกำหนดรูปแบบและกิจกรรมที่เป็นความต้องการของชุมชน ถึงแม้ว่า ในปัจจุบันมีปัจจัยเอื้อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง แต่ก็ยังไม่ได้ใช้โอกาสนี้ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเท่าที่ควรโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้ว่า ภาครัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง ชุมชนบางแห่ง เริ่มบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือที่ลูกจากเตียงไม่ได้ แต่ก็มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทย ที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อย ถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยเหลือตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนในสังคมเมือง ความแออัดของที่อยู่อาศัย ประกอบกับการบีบคั้นจากการทำงาน เพื่อหารายได้จากการทำงาน เพื่อหารายได้ให้เพียงพอค่าครองชีพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลานเท่าที่ควร แม้ว่า ในปัจจุบันผู้สูงอายุไทยโดยรวมมีสถานภาพและบทบาทสูง ลูกหลานยังให้ความเคารพเชื่อฟัง และยังอาศัยร่วมกับลูกหลานในครอบครัว ได้รับการดูแลปรนนิบัติ แต่จากการลดลงของสมาชิกในครอบครัวไทยโดยการเกิด ประกอบกับผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ทุพพลภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากอายุขัยโดยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น การทุพพลภาพส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมสภาพของระบบการได้ยิน การมองเห็น หรือจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ยังเป็นผลสืบเนื่องมาจากสรีระภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่พึ่งพิงมากขึ้น

จากประเด็นที่ได้กล่าวมา จึงทำให้คณะผู้วิจัยต้องการทราบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างไร การดูแลที่เหมาะสมกับบริบท ควรเป็นอย่างไรทุนสังคมในครอบครัว ทุนสังคมในชุมชนและนอกชุมชนส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด การเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามอาการและการดูแลผู้สูงอายุของคนในบ้าน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัว
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่การศึกษานี้ คือ พื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ชุดคำถาม

การวิจัยตามวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในกลุ่มต่าง ๆ ในครอบครัว รวมถึง ระบบการให้บริการโดยชุมชน และของหน่วยงานภายนอกชุมชนที่เป็นนโยบายการสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ การบำบัดรักษาการเย็บเย็บ การสนับสนุนด้านการเงิน อุปกรณ์ เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เหมาะสมเป็นไปได้ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของท้องถิ่น

3. ขอบเขตด้านประชากรเป้าหมาย

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยนี้เลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายมีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยประชากรเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม คือ 3.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ คนในครอบครัว ญาติ อาสาสมัครชุมชนประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) กลุ่มอาสาสมัครสร้างเสริม และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) และอาสาสมัครอื่น ๆ ทีมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพท้องถิ่น หรือท้องถิ่น 3.2 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้อำนวยการและครูในโรงเรียน และองค์กรสถาบันอื่น ๆ ในชุมชน

พื้นที่ศึกษาวิจัย

พื้นที่การศึกษาวิจัยนี้ คือ พื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองข่างโพรงตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

รูปแบบของการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) การศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล (Care giver: CG) ทั้งที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงและผู้ดูแลในครัวเรือน ที่ไม่ผ่านการอบรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการอบรม เป็นผู้ที่อยู่ร่วมครัวเรือนหรือเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ญาติ บุตร หลาน สามี/ภรรยาของผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่าเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) 2) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม (หลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง) เรียกว่าผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ในเขตตำบลน้ำร้อนอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก และยังปฏิบัติหน้าที่

2) กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 44 คน 1) ผู้ดูแลที่ไม่ผ่านการอบรม เป็นผู้ที่อยู่ร่วมครัวเรือนหรือเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ญาติ บุตร หลาน สามี/ภรรยาของผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่าเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) 2) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม (หลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง) เรียกว่าผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) ในเขตตำบลน้ำร้อนอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก และยังปฏิบัติหน้าที่

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

1. เป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) 2. มีความหลากหลายทางด้านลักษณะประชากรของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ 3. ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ 4. สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน

กลุ่มผู้นำชุมชน เช่น กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) และอาสาสมัครอื่นๆจำนวน 5 คน กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน ได้แก่ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และองค์กร สถาบันอื่น ๆ ในชุมชน จำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัย

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ การวิจัย ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน(Mixt Method) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) และเชิงปริมาณ(Quantitative Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ด้วยการกำหนดกรอบประเด็นให้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหาการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์วิธีการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง บทบาท หน้าที่ปัญหาความต้องการรวมถึงที่เป็นความสัมพันธ์เชิงสังคมของผู้ดูแลกับคนที่เป็นทุนทางสังคมในชุมชน และนอกชุมชน และการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เหมาะสมเป็นไปได้ในบริบทของชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

1.1) ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อ

1.2) ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปจึงจะแสดงว่ามีความสอดคล้อง จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นน้อย และถ้ามีค่าติดลบแสดงว่าเป็นข้อที่ไม่ได้ ทั้งนี้ข้อที่คงไว้ต้องมีค่า IOC ≥ 0.5 ซึ่งผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมีค่าตั้งแต่ 0.6–0.8 และค่า IOC ทั้งหมดเท่ากับ 0.80

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาและได้รับการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลถาวรรพัฒนาอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาและปรับปรุงความบกพร่องของแบบสอบถามสำหรับเกณฑ์การแปลผลความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (α) จากการวิเคราะห์ค่า KR-20 ของแบบวัดความรู้ และค่าความเชื่อมั่นของความเครียดในบทบาท

ผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล เท่ากับ 0.84, 0.82, 0.87, 0.92 และ 0.86 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียด ดังนี้ 1) การศึกษาเอกสาร (Documentary Research) โดยผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า และรวบรวม รายงานการศึกษาวิจัย วิทยานิพนธ์เอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ บทสัมภาษณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเนื้อหาหรือมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่วิจัย เพื่อมาวิเคราะห์ให้เห็นที่มา และความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง 2) การศึกษาภาคสนาม (Field Research) เป็นการเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะเดินทางเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน เพื่อให้เห็นข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการข้อมูลภาคสนามประกอบด้วย 2.1 การเยี่ยมบ้าน โดยใช้แบบสำรวจการเยี่ยมบ้าน เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจเยี่ยมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการดูแลเชิงรุกและสามารถค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงโรคต่างๆได้ ตั้งแต่ยังไม่มีอาการแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ ที่จะนำมาซึ่งความพิการและการเสียชีวิต และเพื่อกำลึงใจแก่ผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ 2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยจะใช้การสนทนากลุ่มในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยเชิญแต่ละกลุ่มมาประชุมร่วมกัน เพื่อให้ร่วมกันหาข้อสรุปให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยนี้ แบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็นกลุ่ม ประกอบด้วย 2.1.1 กลุ่มตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง โดยเชิญตัวแทนที่สมัครใจมาร่วมกันค้นหาและหาข้อสรุป รูปแบบ ประสบการณ์ บทบาท ปัญหา ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และค้นหารูปแบบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย บทบาทของชีวะสังคมของคนในชุมชนและหน่วยงานภายนอกชุมชนที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกสนทนากลุ่มและอุปกรณ์บันทึกเสียงและการถ่ายภาพ สำหรับบันทึกข้อมูลการสนทนาแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการลืมและการรวบรวมข้อมูล 2.2.2 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชน โดยผู้วิจัยจะเชิญตัวแทน จากกลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกเทศบาล กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน ได้แก่ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อมาร่วมกันค้นหาและหาข้อสรุป โดยวิเคราะห์วิพากษ์รูปแบบการหนุนเสริม บทบาท หน้าที่ ปัญหา ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายบทบาทของชีวะสังคมของคนในชุมชนและหน่วยงานภายนอกชุมชนที่เกี่ยวข้องและร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในชุมชน โดย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกสนทนากลุ่มและอุปกรณ์บันทึกเสียงและการถ่ายภาพสำหรับบันทึกข้อมูลการสนทนาแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการลืมและการรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูล

เบื้องต้นหลังจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละเครื่องมือวิจัย เช่น การสำรวจ การเยี่ยมบ้าน และการสนทนากลุ่ม เสร็จ ผู้วิจัยจะสรุปบทวนประเด็นให้กลุ่มเป้าหมาย ช่วยตรวจสอบความถูกต้องในแต่ละครั้ง เพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำ ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่ม การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในกระบวนการวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลด้านวิธีการ (Methods Triangulation) โดย การรวบรวม

ข้อมูลที่ใช้หลากหลายวิธีประกอบกัน การสำรวจ การสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร การถ่ายภาพ การบันทึกเสียง โดยใช้ข้อมูลจากทุกแหล่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จำแนกรายด้านและรายชื่อ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล จะใช้สถิติการทดสอบที (t-test Independent) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ระดับ 0.05 3) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลตำบลน้ำร้อนอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก โดยใช้สถิติ Chi-square, Stepwise Multiple Regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05 4) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การจัดระเบียบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร การถ่ายภาพ การบันทึกเสียง โดยใช้ข้อมูล จากทุกแหล่งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม การใช้กรณีศึกษาที่ได้จากการตรวจสอบข้อมูลแล้ว จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ผ่านการเรียบเรียง จัดหมวดหมู่ และการสังเคราะห์ ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้นำข้อมูล มาเชื่อมโยงสู่กรอบแนวคิด ทฤษฎีหลักการทางวิชาการ และข้อมูลที่ได้จากภาคสนาม เพื่อนำเสนอ สู่การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในแต่ละประเด็นอย่างเป็นระบบร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยเชิญตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ร่วมแสดงความคิดเห็นในการกำหนดแนวทางร่วมกันเพื่อเป็นบรรทัดฐานในการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กิจกรรมการสนทนากลุ่มก่อนเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะชวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและประเมินการรับรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งปัญหา-อุปสรรค และความต้องการรับการสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน **การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ช่วยตรวจสอบและปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมมากขึ้น **การรวบรวมข้อมูล** การวิจัยเชิงคุณภาพด้วยกิจกรรมการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นขั้นตอนที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) หมายถึง ความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ประกอบด้วยการตรวจสอบโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันออกไป (Methodological Triangulation) เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน การตรวจสอบโดยตัวแทนของ

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จดบันทึกอย่างละเอียดและอธิบายอย่างชัดเจนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายยืนยันความถูกต้องของข้อมูล เป็นจริงและตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ การตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) โดยการนำข้อมูลไปตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อยืนยันความถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา2) การยืนยันผลการวิจัย (Confirm Ability) เป็นการยืนยันผลที่ได้จากข้อมูลโดยการที่ผู้วิจัยจะเก็บเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยไว้เป็นอย่างดีพร้อมสำหรับการตรวจสอบ (Audit Trial) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ไม่มีความลำเอียงหรือเกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้1) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปและข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการสังเกต 2) ผู้วิจัยนำประเด็นย่อยมารวบรวมเป็นกลุ่มหรือเรื่องเดียวกันแล้วสรุปเป็นประเด็นหลัก (Thematic Analysis) เขียนอธิบายให้เป็นความเรียง โดยให้ความต่อเนื่องของข้อมูลการสนทนา 3) เขียนสรุปรายงานการวิจัยโดยอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รับและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม และจัดทำแผนปฏิบัติการในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนที่ 1 นำเสนอในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลน้ำร้อน ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรมดังนี้1) CG ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง2) CM กำกับการปฏิบัติงานของ CG3) ทิ่หมอบครอบครัวออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน4) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การรวบรวมข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล (caregiver: CG) การกำกับติดตามของผู้จัดการระบบการดูแล (care manager: CM) บันทึกการเยี่ยมบ้าน รูปถ่าย เป็นต้นการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ (CM) กำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานของ CG และประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวขั้นสังเกตผล (Observation)1) สังเกต และประเมินความรู้ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำร้อนอำเภอเมืองจังหวัดตาก 2) ประเมินความรู้ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) 1) ประชุมคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน2) สรุปถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อกำหนดแผนการพัฒนาในวงรอบต่อไปการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเป็นการวนรอบ P-A-O-R เพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลน้ำร้อนโดยเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน และในขั้นตอนสุดท้ายจะประเมินผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงคะแนน ADL และการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยจะนำไปเก็บข้อมูลความรู้ และความร่วมมือจากคณะกรรมการกองทุนดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้ และความร่วมมือของคณะกรรมการ LTC ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติผู้ดูแล ก่อนหลัง ด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง/ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะทำการศึกษาวินิจฉัยซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น จังหวัดตาก เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

อภิปรายผลการวิจัย

1.การศึกษาสภาพ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองข่างโพรง ตำบลน้ำริน จังหวัดตาก 1.1 สภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองข่างโพรง ตำบลน้ำริน จังหวัดตากทั้ง 5 ด้านพบว่าด้านที่มีการดำเนินการมากที่สุดเรียงตามลำดับได้แก่ ด้านข้อมูลด้านคุณภาพการบริการด้านการจัดกิจกรรม ด้านข้อมูล ด้านทัศนสธารณสุข และที่มีการดำเนินงานต่ำสุดได้แก่ระบบการดูแล ด้านผู้ดูแล ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าข้อมูลมีความจำเป็นและสำคัญในการที่จะนำมาใช้เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้การดำเนินงานมีเป้าหมายและมีทิศทางที่ชัดเจน สอดคล้องกับไพศาล ลัมสถิต (2553) กล่าวว่าการจัดทำข้อมูลเหล่านี้เป็นฐานข้อมูลหรือระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในภาพใหญ่ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และความรู้ทางสถิติเข้ามาช่วย ก็จะช่วยวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชากร และการกำหนดทิศทางการนโยบายสุขภาพของประเทศในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะ 1.2 ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองข่างโพรง ตำบลน้ำริน จังหวัดตากจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 5 ด้านพบว่าด้านที่มีปัญหามากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ด้านข้อมูล ด้านผู้ดูแล ด้านระบบการดูแล ด้านการจัดกิจกรรม และที่มีปัญหาในระดับน้อยสุดได้แก่ ด้านคุณภาพการบริการทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ครอบคลุมในหลายๆด้านยังขาดบุคลากรที่เพียงพอโดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) (2553) ที่สรุปว่าในระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากร ในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพียงสองในสามที่ได้รับการกายภาพบำบัดภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและส่วนใหญ่เป็นการทำให้โดยญาติโดยผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลอำเภอที่มีนักกายภาพบำบัดมีโอกาสได้รับการกายภาพบำบัดสูงกว่า (ร้อยละ 77-87) นอกจากนั้นบทบาทการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันจำกัดอยู่เฉพาะบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ในขณะที่มิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยและอาสาสมัครในชุมชน (อสม.) ที่เคยประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพประชาชนจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันในอดีตนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชนในปัจจุบันที่เป็น การเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องรอบด้านและบูรณาการทั้งด้านการแพทย์และด้านสังคม นอกจากนั้นอาสาสมัครก็คืออาสาสมัคร ที่ถึงแม้จะมีใจในการสนับสนุนการดำเนินการแต่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของชาติรี แมดส์ และ คิวโลซ์ วรรัตน์วิจิตร(2560)ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา มุ่งให้บริการหลักแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าจะเป็น

บริการในชุมชนหรือในสถานบริการในชุมชน สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงมีจำกัดมากไม่ว่าจะเป็นบริการสาธารณสุขหรือบริการด้านสังคม นอกจากนั้นลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้ามิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

2.การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากมี 8 แนวทาง ประกอบด้วย แนวทางที่ 1.พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อการตัดสินใจในการพัฒนาเผยแพร่สู่การใช้ประโยชน์แนวทางที่ 2.พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์กิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมนักวิชาการที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แนวทางที่ 3.การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของบุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ ประชาชนและครอบครัวให้ได้มาตรฐานแนวทางที่ 4.เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพตามเกณฑ์ แนวทางที่ 5.สร้างเสริม ความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับสมาชิกครอบครัว แนวทางที่ 6.ยกระดับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน แนวทางที่ 7.พัฒนาระบบและกลไกการกำกับติดตาม ประเมินผลและการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แนวทางที่ 8.พัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุประชาชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากจำนวน 8 แนวทาง ซึ่งแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นได้ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของการพัฒนาแนวทางตามลำดับ ได้แก่ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 5 ด้าน ได้แก่ด้านข้อมูลด้านการจัดกิจกรรมด้านคุณภาพการบริการ ด้านทันตสาธารณสุข และด้านระบบการดูแล และจัดให้มีการตรวจสอบแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากในด้านความเหมาะสมด้านความเป็นไปได้ และด้านความเป็นประโยชน์ของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตาก ที่พัฒนาขึ้น กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นไปตามลำดับขั้นตอนของการจัดทำแนวทาง และได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการกำหนดแนวทาง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โนแลน กูดสไตน์และเพียเฟอร์ (Nolan, Goodstein & Pfeiffer, 1993) ได้เสนอกระบวนการสร้างแนวทางไว้ 4 ขั้นตอนคือ การกำหนดภารกิจการประเมินสภาพภายในองค์กรและสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรการกำหนดวัตถุประสงค์และการสร้างแนวทางซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1.การกำหนดภารกิจภารกิจเป็นการระบุว่าการต้องการทำอะไร หรือองค์กรมีภารกิจอะไรซึ่งทำให้องค์กรต้องมีอยู่ภารกิจเป็นสิ่งที่เป็นการมองเห็นไกล (Vision) ให้เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติ 2.การประเมินสภาพภายในองค์กรและสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรการประเมินสภาพภายในองค์กรและสภาพแวดล้อมองค์กรทำให้เรารู้ว่าขณะนี้องค์กรกำลังอยู่ที่ไหนมีสภาพอย่างไรซึ่งมีวิธีการและเทคนิคในการวิเคราะห์สถานะขององค์กรหลายวิธีด้วยกัน 3.การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

วัตถุประสงค์เป็นสิ่งที่ยังคงคาดหวังที่จะบรรลุถึง องค์กรสามารถวัดความก้าวหน้าการปฏิบัติงานโดยการเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การกำหนดวัตถุประสงค์จะต้องสอดคล้องกับภารกิจขององค์กร และสอดคล้องกับสภาพภายในองค์กรและสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรวัตถุประสงค์และเป้าหมายมักใช้สลับกันไปมาบางแห่งใช้เป้าหมายในความหมายที่กว้างกว่า วัตถุประสงค์ในขณะที่บางแห่งใช้วัตถุประสงค์ในความหมายที่กว้างกว่าเป้าหมายสำหรับในที่นี้จะใช้วัตถุประสงค์ในความหมายที่กว้างกว่าเป้าหมาย กล่าวคือ วัตถุประสงค์ (เป้าหมายระยะยาว)คือ ความคาดหวังหรือความต้องการที่จะดำเนินการให้บรรลุถึงสภาวะการณ์อันใดอันหนึ่งที่กำหนด

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขยงโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน3ประเด็นการพัฒนา แนวทาง8แนวทาง ดังนี้

ประเด็นการพัฒนาที่1การพัฒนาแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการระหว่างหน่วยงานประกอบด้วย3แนวทางได้แก่**แนวทางที่1**พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อการตัดสินใจในการพัฒนาเผยแพร่สู่การใช้ประโยชน์มาตรการที่จะนำมาใช้ได้แก่ 1. พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อเผยแพร่ความรู้ 2.จัดทำระบบข้อมูลและสารสนเทศให้ครบถ้วนทันสมัย เพื่อการตัดสินใจในการใช้ประโยชน์ของข้อมูล 3.ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านนวัตกรรม ด้วยรูปแบบที่หลากหลาย 4.ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมแนวทางนี้มีความสำคัญเพราะในการดำเนินงานระบบข้อมูลมีความสำคัญในการที่นำมาใช้ในการวางแผนและการตัดสินใจในการวางแผนพัฒนางาน ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาแผนการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่ต้องมีทั้งกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ และพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยชนกแจ่มถิ่นและ อนิรุทธิ์ สติมัน (2558) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการงานวิจัยและงานสร้างสรรค์ระดับบัณฑิตศึกษา ที่ศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบสารสนเทศจะเพิ่มความสามารถในการค้นหาข้อมูลในรูปแบบต่างๆรวมทั้งการจัดทำรายงาน การนำเสนอข้อมูล เพื่อการใช้ประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พูลศักดิ์ หลาบสีดำและ นาคคุณ ศรีสนิท (2555) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดการงานบริการของสายงานเทคโนโลยีและสารสนเทศภายในบริษัท :กรณีศึกษาบริษัท ประกันภัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่ศึกษาพบว่าข้อมูลสารสนเทศสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้ง่าย ข้อมูลที่ได้จากการประมวลระบบสารสนเทศตอบสนองความต้องการ และสนับสนุนการตัดสินใจในการใช้ข้อมูลได้ **แนวทางที่2** พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์กิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมนักวิชาการเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาตรการที่จะนำมาใช้ ได้แก่1.จัดทำแผนประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง2.จัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน3.ประชาสัมพันธ์กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ 4.ประเมินความพึงพอใจระบบประชาสัมพันธ์กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแนวทางนี้มีความสำคัญเพราะในการสื่อสารข้อมูลหรือความรู้เพื่อให้ประชาชนทราบต้องมีระบบการประชาสัมพันธ์ที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรภาวาว บริสุทธิ (2559) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการประชาสัมพันธ์ของเทศบาลเมืองอ่างทอง ที่ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการประชาสัมพันธ์ของเทศบาลเมืองอ่างทอง พบว่า ในภาพรวมประชาชนมีความพึงพอใจต่อการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของเทศบาลเมืองอ่างทอง ในระดับมาก **แนวทางที่3** พัฒนาระบบการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้สูงอายุ ประชาชนและครอบครัวให้ได้มาตรฐาน มาตรการที่จะนำมาใช้ ได้แก่1.จัดทำโครงการกิจกรรมต่างๆเพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง2.จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มต่างๆเพื่อนำความรู้ไปพัฒนาการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ3.สร้างเครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ4) ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆแนวทางนี้มีความสำคัญ

เพราะการทำงานต้องมีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับมาตรฐานกระบวนการงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ระเบียบ แสงจันทร์ (2556) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนากระบวนการเพื่อบริการที่มีคุณภาพ ที่พบว่า งานพัฒนากระบวนการ ถือเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้บุคลากรสามารถพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพงานในกระบวนการประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายและมอบหมายงานไว้ข้อตกลงภาระงาน (Assignment Sheet) ให้กับพนักงานมหาวิทยาลัย สายปฏิบัติการทุกระดับให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบตามภาระงานที่ตกลงกันไว้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาและพัฒนาค้นคว้าค้นไปอย่างยั่งยืนสำนักงานวิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพงาน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์กร พัฒนางาน ตลอดจนพัฒนาคน เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และเพื่อให้สอดคล้องกับ “โครงการพัฒนาคุณภาพระบบงานจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ผลของการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพงาน ช่วยทำให้ห้องสมุดสามารถลดระยะเวลา ลดขั้นตอน ลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจ เพิ่มความประทับใจได้เป็นอย่างดีพร้อมทั้งเกิดแนวปฏิบัติที่ดีในองค์กรอันจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนสร้างนวัตกรรมในการให้บริการที่ดีต่อไป **แนวทางที่ 4** เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่จะนำมาใช้ได้แก่ 1.สำรวจความต้องการเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ 2.วางแผนการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3.จัดทำหลักสูตรให้ความรู้และทักษะสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.จัดให้ความรู้และฝึกปฏิบัติอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5.ประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 6.ประเมินกระบวนการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขดูแลผู้สูงอายุในด้านทักษะและความรู้ แนวทางนี้มีความสำคัญเพราะด้านการพัฒนากระบวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งระบบให้ได้มาตรฐานจึงต้องมีการเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพตามเกณฑ์สร้างเสริม ความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดี และยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวดี เมธนาวัน (2552) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล ในการสร้างงานวิจัยจากงานประจำโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ที่ศึกษาพบว่าผลการพัฒนาศักยภาพก้านการทำวิจัยจากงานประจำ ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆของการทำงานวิจัยจากงานประจำได้เกิดแรงจูงใจภายใน รับรู้ความสามารถของตนเองสามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้ **แนวทางที่ 5** สร้างเสริม ความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับสมาชิกในครอบครัวมาตรการที่จะนำมาใช้ได้แก่ 1.จัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ 2.จัดหา ประสานงานเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกในครอบครัวตามสภาพปัญหา 3.สร้างการดูแลแบบเครือข่ายในชุมชน 4.ประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ ทักษะและเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ **แนวทางที่ 6** ยกระดับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน มาตรการที่จะนำมาใช้ได้แก่ 1.สำรวจสภาพปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล 2.ประสานภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ยาวร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 3.จัดทำโครงการกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.พัฒนาแหล่งเรียนรู้และดูงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ประสบความสำเร็จ 5.ประเมินระดับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในชุมชน แนวทางนี้มีความสำคัญเพราะว่าความรู้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะความรู้ในด้านสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเองและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาตรี เมตต์ และศิริไฉวันรัตน์

วิจิตร (2560) ที่ศึกษาเรื่องการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ : จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้สามารถป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำรงชีวิตของคนไทยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนภายใต้บริบทแวดล้อมเต็มไปด้วยความเสี่ยงทางสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพแนวโน้มการเกิดโรคติดต่อเรื้อรังรุนแรงมากขึ้นส่งผลให้ประชาชนต้องพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจและสามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ ที่ศึกษาพบว่า การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สู่การปฏิบัตินั้นเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เป็นการวางรากฐานการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว ระดับองค์กร สร้างการเป็นองค์กรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization, HLO) โดยใส่แนวคิดด้านการส่งเสริมนี้ไว้ในแผนขององค์กรระดับบุคคลและชุมชน พัฒนาทุกชุมชนให้เป็นชุมชนที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Community) มุ่งเน้นให้คนได้เรียนรู้ และชุมชนท้องถิ่นมีความสามารถในการแก้ปัญหาของท้องถิ่นเอง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ประเด็นการพัฒนาที่ 3 การพัฒนาการกำกับติดตาม ประเมินผลให้เป็นระบบและใช้ผลการประเมินเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยแนวทาง 2 แนวทาง ได้แก่ **แนวทางที่ 7** พัฒนาระบบกลไกและการกำกับติดตาม ประเมินผล และการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาตรการที่นำมาใช้ ได้แก่ 1.วางแผนการติดตามประเมินผล และปรับปรุง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.จัดกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญของการติดตามประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงาน 3.พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ 4.ดำเนินการสรุปผลการพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตจังหวัดตากแนวทางนี้มีความสำคัญ เพราะว่าการดำเนินงานต่างๆต้องมีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามสอดคล้องกับการศึกษาของไพจิตร ล้อสกุลทอง และวรรณภา ศรีธัญรัตน์ (2557) ได้ทำการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง วิจัยเป็นเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ 1. ศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน 2. พัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน 3. ประเมินผลการพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านสุขภาพร่างกายในระดับปานกลางปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวกับ การเคลื่อนที่สูญเสียความจำ และการมองเห็น ด้านสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางและมีภาวะสมองเสื่อม และมีความกังวลด้านการเงิน และพบว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการการดูแลระยะยาวเนื่องจากการบริการที่มีอยู่โดยสามภาคีคือ โรงพยาบาล เทศบาล และองค์กรภาคประชาชน อันเนื่องจากภาคีทั้งสามขาดการบูรณาการทั้งทางด้านสุขภาพและด้านสังคมและเป็นบริการด้านเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

แนวทางที่ 8 พัฒนาเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ประชาชนและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาตรการที่นำมาใช้ ได้แก่ 1.กำหนดแผนงานเพื่อสร้างระบบเครือข่ายของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและการดูแล 2.สร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.จัดให้มีช่องทางการเชื่อมต่อข้อมูลของเครือข่ายที่ทันสมัย รวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4.กำหนดรูปแบบเครือข่ายที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณภาพ 5. ประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง 6.ปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพให้มีความรู้และทักษะแนวทางนี้มีความสำคัญเพราะว่าในการขับเคลื่อนแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการนำมาตรการ

ต่างๆไปดำเนินการสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเลือกมาตรการที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการที่จะนำไปใช้ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายุทธศาสตร์ นโยบายของชาติทั้งในระดับกระทรวง กรม กอง และเขตพื้นที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทำให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องและได้รับความรู้มือจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดีสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนดังนี้1.การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม2.ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม3.ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และสมวัย4.ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้นโดยยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่2 (พ.ศ.2545-2564)จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้1.ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ3.ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

3.การประเมินแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขยงโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น2ตอนดังนี้

3.1 การใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากโดยใช้การสนทนากลุ่มโดยมีการวางแผนการทดลองใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานการดำเนินงานแผนพบว่าบุคลากรสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูล ที่สร้างขึ้นตามตัวชี้วัดแนวทางทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ปัจจัยใน 2 ส่วนคือ การคัดเลือกแนวทางที่มีความเป็นไปได้และสามารถทำได้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและการประสานความร่วมมือและการดำเนินงานกับบุคลากร ภาควิเคราะห์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง บริบททางด้านสังคม การทำงานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่ามีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และสามารถต่อยอดสู่การพัฒนาได้ การทดลองจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของชาติ เอี่ยมมา, รัชนิวัลย์ ปานธูป(2563) การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพที่1 พบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาวอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 ความสามารถและความคิดเห็นของ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข สำหรับผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น,เบญจวรรณอมชยธวัช และดลปภัฏทรงเลิศ (2561)ที่ศึกษากระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วมซึ่งการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวของการดำเนินการ จากการถอดบทเรียนโดยการสนทนากลุ่มที่วิจัย พบว่า1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาชุมชนอย่างมีส่วนร่วมทำให้สามารถวางกรอบแนวคิดและแนวทางในการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้เกิดขึ้นได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2.ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา ทำให้นำไปสู่การวางแผนขั้นตอนในการดำเนินการ3.ความสามารถในการสื่อสาร ในการดำเนินการพัฒนาครั้งนี้ ต้องประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ประกอบด้วยทีมผู้รับผิดชอบโครงการบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำชุมชนและชาวบ้าน ซึ่งต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจนในวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละขั้นตอนจึงจะทำให้กลุ่มผู้เกี่ยวข้องมีความคิดเชิงบวกมีความตั้งใจและมีจิตอาสาในการเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการและสามารถร่วมกระบวนการพัฒนาครั้งนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพอันนำไปสู่การพัฒนาให้ชุมชนร่วม

พัฒนาสุขภาพอย่างแท้จริง 4.การบริหารเวลาการจัดสรรเวลาในการดำเนินการกับชุมชนเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความคล่องตัวดำเนินกิจกรรมร่วมกับชุมชน 5.ความรู้ ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่การวิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพการถอดบทเรียน การทำการอภิปรายกลุ่มย่อย และการประชุมกลุ่ม กระบวนการเหล่านี้จำเป็นต้องใช้เพื่อการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล 6.แนวคิดและเป้าหมายในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อการให้การสนับสนุน และการร่วมแก้ไขอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

3.2 การประเมินแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองขวางโพรง ตำบลน้ำร้อน จังหวัดตากมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้ 3.2.1 การประเมินความสอดคล้องของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาพรวมพบว่า องค์ประกอบต่างๆของแนวทาง มีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นธ และคณะ(2565) การพัฒนารูปแบบการบริหารและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุระดับ ปฐมภูมิในสังคมปกติวิถีใหม่: ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข พบว่า การพัฒนานวัตกรรมการบริหารเพื่อการบริหารและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิง 13 เรื่อง 2) การนำแนวปฏิบัติฯ 13 เรื่อง จัดทำเป็น Network Community Action Plan (N-CAP) เพื่อใช้ในระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและการ ดูแลผู้สูงอายุด้วยการใช้แอปพลิเคชันอาวุโส “Awuso.net” ระหว่างกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (professional) กับผู้สูงอายุครอบครัว และอาสาสมัคร (non-professional) 3) วิดีโอชุดความรู้การดูแลผู้สูงอายุ 18 เรื่อง ผลการนำนวัตกรรมการบริหารฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง ประมาณ 12 เดือน ผู้สูงอายุจำนวน 521 คน N-CAP ที่มีการใช้มากที่สุดห้าลำดับแรก ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการสิ่งแวดล้อม ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม และเบาหวานในชุมชน รวมถึงแนวคิดของสุพจน์ทรายแก้ว (2553, หน้า 43-57) ที่ได้กล่าวถึง ซึ่งสอดคล้องกับพอร์เตอร์ (Porter, n.d.) ได้กล่าวถึงหลักการในการประเมินแนวทางเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อองค์การประเมินแนวทางเป็นขั้นตอนที่สำคัญเมื่อได้มีการจัดทำแนวทางหรือการพัฒนา แนวทางใหม่ๆ ขึ้นมาองค์การที่จัดทำแนวทางจะต้องมีการทำประชาพิจารณ์เพื่อให้บุคลากรทุกฝ่าย ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางนั้นๆ ได้มีส่วนร่วมประเมินเพื่อให้ได้แนวทางที่ดี ซึ่งการประเมินแนวทางนี้มีนักวิชาการ ได้นำเสนอมาตรฐานการประเมินเป็นแนวคิดแนวปฏิบัติ ดังนี้ประกอบด้วยหลัก 10 ประการ ดังนี้ 1.ความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้ง 2.แผนปฏิบัติการครอบคลุม สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งและสนับสนุนกัน 3.แนวทางเหมาะสมกับโอกาสที่มี 4.แนวทางเหมาะสมกับความเสี่ยงที่มีหรือคุ้มกับโอกาสการทำได้ 5.เป้าหมายและแผนปฏิบัติงานเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น 6.เป้าหมายและแผนปฏิบัติงานเหมาะสมกับกำลังและความสามารถ 7.เป้าหมายและแผนปฏิบัติงานสอดคล้องกับจุดเด่นขององค์กร 8.เป้าหมายและแผนปฏิบัติงานสอดคล้องกับทัศนคติ ค่านิยม ของผู้นำองค์กร 9.ผู้นำแนวทางไปปฏิบัติมีความเข้าใจเป้าหมายและแผนปฏิบัติงานอย่างถ่องแท้ และ 10. ความสามารถขององค์กรในการบริหารจัดการที่จะนำแนวทางไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อค้นพบ (Key finding) แนวทางการแก้ไข หน่วยงานที่รับผิดชอบ

1.1 การจัดระบบบริการ (Service delivery) การเข้าถึงระบบบริการ Long term care ครอบคลุมของการเข้าถึง ระบบ Long term care ระยะเร่งด่วน เร่งรัดให้ เทศบาล อบต. จัดตั้งกองทุน หลักประกันสุขภาพท้องถิ่น กองทุน LTC และกองทุน พื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และจัดตั้ง คณะทำงานเพื่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือแนวทางการบริหารกองทุนที่ระบุขั้นตอน บทบาทหน้าที่ และการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้ชัดเจน

จัดสรรทุนวิจัยศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์กองทุน LTC ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงและพึ่งพิง สามารถเข้าถึง บริการ Long term care ที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ของ ประเทศ จัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระดับจังหวัดที่ สอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่ อบจ. 2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)

1.2 การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to essential medicines and health technology) ผู้สูงอายุมีความ ยากลำบาก ในการไปรับ บริการ ระยะเร่งด่วน ติดตั้งระบบ Telemedicine ใน รพ.สต. พร้อม อบรมการใช้งานและการส่งต่อไปยังรพช. รพท. ระยะปานกลาง พัฒนาศูนย์ยืม คีโนอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เพียงพอ พร้อมใช้ และทันสมัย

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 การสร้างกลไกความร่วมมือในระดับพื้นที่ โดยการตั้งคณะทำงาน LTC ประจำพื้นที่ กำหนด โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ประชุมติดตามงานทุกเดือน และสร้างระบบรายงานผลแบบ Real-time

2.2 การพัฒนาเครื่องมือและกลไกสนับสนุน จัดตั้งจุดบริการเบ็ดเสร็จ (One-Stop Service) ที่รวมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การรับเบี้ยยังชีพ การเข้าถึงบริการ LTC และอื่น ๆ โดยให้ตั้งอยู่ในสถานที่เข้าถึงง่าย เช่น ที่ทำการ อบต. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน (Clinical Practice Guidelines) แนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลที่ชัดเจน จัดตารางการออกเยี่ยมให้ คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล สร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentoring) ระหว่างบุคลากร โรงพยาบาลและ รพ.สต. และ จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งมีตัวอย่าง ความสำเร็จจากการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

2.3 การขยายการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ครอบครัวผู้ดูแล สร้างระบบรางวัลชุมชนต้นแบบประจำปี และจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อ ผู้สูงอายุ

2.4 พัฒนาระบบประเมิน โดยการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน สร้างระบบรายงานผล อัตโนมัติและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก 6 เดือน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 1.) การติดตามประเมินผลการจัดระบบบริการสุขภาพ Long Term Care ในผู้สูงอายุติดเตียง และพึ่งพิง ในระดับปฐมภูมิ 2.) การพัฒนาระบบเชื่อมโยงฐานข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ 3.) การพัฒนาระบบเครือข่ายปฐมภูมิแบบบูรณาการในระบบบริการ Long Term Care ใน การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและพึ่งพิง 4.) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและพึ่งพิง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ดังนี้

3.1.1 ควรมีการประชุมบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อชี้แจงกลวิธีการดำเนินงานและนำแนวทางที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้สู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.1.2 ควรมีการนำแนวทางที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เชื่อมโยงสู่แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ภาควิชาเครือข่าย อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์และให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.2 อาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ดังนี้

3.2.1 อาสาสมัครสามารถพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยการพัฒนาศักยภาพตนเองโดยการเข้ารับการฝึกอบรมความรู้ในด้านต่างๆกับภาคีเครือข่ายที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.2 อาสาสมัครสามารถนำแบบประเมินความพึงพอใจไปประเมินการปฏิบัติงานของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุได้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2565). รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ. เข้าถึงจาก <http://www.agingthai.dms.go.th>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). คู่มือสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1664937156-118_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. เข้าถึงจาก https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_2015_250963042_1.pdf

ชุติมา อรรถสิทธิ์, วรรณดา ศรีสุพรรณ, ไพรา บุญญะฤทธิ์, จอมขวัญ โยธาสุมทร, วิไลลักษณ์ แสงศรี, & อารยา ญาณพิบูลย์. (2566). การพัฒนาระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ และการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิมะห์ พรหมทอง, ณัฐภัทร พรหมทอง, & จิตรวี เขยชม. (2565). การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 8.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก

Factors affecting dengue fever prevention and control behavior among village health volunteers in Tak Province

ดร.ไทยบุญยงค์ พ่วงพือภิชัย

Dr. Thaiboonyong Puangpeeapichai

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง ร้อยละ 88 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 46-55 ปี ร้อยละ 49.2 ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ปลาย (ป.4 -ป.6) ร้อยละ 74.3 รายได้ต่อเดือน 3,000 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 86.6 และการเข้าอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก เคย ร้อยละ 97.3 รายได้ต่อเดือนของ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 3,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 86.6 และกลุ่มตัวอย่างการเข้าอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก เคยเข้าอบรม ร้อยละ 97.3 ความรู้เรื่องการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 91.33 รองลงมา อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 0.7 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ทศนคติต่อการควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับคิดเป็นร้อยละ 97 อยู่ในระดับดีมาก และอยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี แรงจูงใจต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.5 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.27 และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดีมาก คิด เป็นร้อยละ 88 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 10.50 และอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.50 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ตามลำดับ

คำสำคัญ : ปัจจัย, พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research aimed to study the current situation, problems, related factors, and influencing factors on dengue fever prevention and control behaviors among village health volunteers (VHVs) in Tak Province. Data were collected using a questionnaire. The study sample consisted of 300 participants. The majority of respondents were female (88%) and aged between 46–55 years (49.2%). Most had completed upper primary education (Grade 4–6), accounting for 74.3%, and had a monthly income between 3,000–5,000 baht (42%). The majority had been serving as VHVs for more than five years (86.6%) and had attended dengue fever training (97.3%). In terms of knowledge about dengue prevention and control, most participants had a very high level of knowledge (91.33%), followed by a high level (0.7%), with an overall mean score in the "very good" range. Attitudes toward dengue prevention and control were mostly at a very good level (97%), and 3% at a moderate level, with an overall mean in the good range. Regarding motivation, 66.5% had a high level, followed by 26.27% with a good level. The behaviors related to dengue prevention and control were mostly at a very good level (88%), followed by good (10.5%) and moderate (1.5%), with an average score in the good range.

Keywords : Factors, preventive behaviors for controlling dengue fever, village health volunteers,

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข ตลอดเวลาการแพร่ระบาดของโรคในแต่ละปี เป็นโรคติดต่อที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค ถือว่าเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีการแพร่ระบาดทั้งปีโดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน แต่ปัจจุบันพบว่าการระบาดตลอดทั้งปี มีการระบาดทั่วทุกภาคของไทยไม่ว่าชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ในปัจจุบันพบว่าการระบาดกับทุกกลุ่มอายุ ยุ้งลายมักอาศัยอยู่ตามตามบ้านเรือน ในภาวะที่มีน้ำขังอื่น ๆ มีรายงานการระบาดในเขตร้อน และปัจจุบันยังพบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยเฉพาะประเทศไทย เนื่องจากพบไข้เลือดออกกระบาดสูงขึ้นทุกๆระยะ 3-5 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปีพ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โดยในปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิต 100 รายขึ้นไปโดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายน และสูงสุดในเดือน มิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน เดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูงลอย อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้ (กรมควบคุมโรค ,2566) ในปี พ.ศ.2566 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 5 ตุลาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 27,912 ราย อัตราป่วย 42.18 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วทั้งหมด 25 ราย อัตราตาย ร้อยละ 0.07 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 19 ราย อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 6 ราย

โรคไข้เลือดออกระดับภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดในปี 2567 คือ ภาคเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 92.61 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ ภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 31.88 ต่อประชากรแสนคน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 24.79 ต่อประชากรแสนคน) และภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 16.94 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดตาก (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2566) พบว่าในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดตาก มีผู้ป่วยจำนวน 1,139 คน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก ในเขต ผู้วิจัยซึ่งสนใจศึกษาพฤติกรรม การควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขใน จังหวัดตาก เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สำคัญ ในการกระจายข่าวสารสาธารณสุข และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ถูกต้อง

และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก ซึ่งเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดภาวะการติดต่อของโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดตาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดตาก

2 ขั้นตอนและวิธีการวิจัย

1. ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา

เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก วิธีดำเนินการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตาก

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีความรู้และเป็นแกนนำในการปฏิบัติตนเองด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและตนเองได้ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ครีวเรือนละ 1 คน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพะวอ จำนวน 7 หมู่บ้าน จำนวน 1,253 ครีวเรือน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (Greed is Goods, 2560)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากรเท่ากับ 1,235 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม ร้อยละ 5 หรือ 0.05

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 315 คน การสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มจับฉลากรายชื่อครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบและกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านเทียบกับขนาดตัวอย่างทั้งหมด (Proportional to Size) ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

อำเภอแม่สอด อสม. ทั้งหมด 1,253 คน

รพ.สต.แต่ละแห่ง	จำนวน อสม.ทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง
1. รพ.สต. แม่กีดสามท่า	72	28
2. รพ.สต. แม่ตาว	163	65
3. รพ.สต. แม่กุ	150	58
จำนวน อสม.ทั้งหมด	385	151

อำเภอบ้านตาก อสม. 753 คน

	จำนวน อสม.ทั้งหมด	จำนวน อสม.ที่สุ่ม
1. รพ.สต. พุงกระเซอะ	158	63
2. รพ.สต. ตากตก	148	58
3. รพ.สต. น้ำดิบ	70	28
จำนวน อสม. ทั้งหมด	376	149

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2.1 รูปแบบของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสิทธิภาพการทำงาน อสม. และการเข้ารับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก ระดับความรู้คำตอบ การประเมิน 2 ระดับ 1. ถูก 2. ผิด

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก ระดับทักษะการประเมิน 3 ระดับ 1. เห็นด้วย 2. ไม่แน่ใจ 3. ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก ระดับ แรงจูงใจ การประเมิน 3 ระดับ 1. เห็นด้วยมาก 2. เห็นด้วย 3. เห็นด้วยน้อย

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก ระดับพฤติกรรม การประเมิน 3 ระดับ 1.ประจำ 2.บางครั้ง 3.ไม่เคย

1.2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1.2.2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร บทความ ทฤษฎีหลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตของการศึกษาวิจัยและสร้างเครื่องมือในการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.2.2 ศึกษาวิจัยการสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขต และเนื้อหาของแบบสอบถามจะได้มีความชัดเจนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.2.3 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยก่อนนำเครื่องมือไปใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอนดังนี้

1.2.3.1 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ความเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2.3.2 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปลักษณะของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และพฤติกรรมการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออกค่าตามแบ่งชั้น ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในโซนที่ได้รับการคัดเลือกแต่ละแห่งใน 3 โซนของอำเภอแม่สอด และประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในโซนที่ได้รับการคัดเลือกแต่ละแห่งใน 3 โซนของอำเภอบ้านตาก จังหวัดจังหวัดตาก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

3.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่ง

3.2 ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ความถูกต้องเพื่อนำมา
วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment
correlation coefficient) แบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ได้แบ่งตามเกณฑ์ซึ่งมีค่า
ตั้งแต่ -1 ถึง +1 (Elifson K., 1990) โดยแบ่งระดับ ดังนี้

$r = \pm 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect Relationship)

$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)

$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)

$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)

ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกน
นำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นขั้นตอนศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามแบบมีโครงสร้างเพื่อศึกษา
ความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำ
ครอบครัว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross- sectional descriptive study) เพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านใน จังหวัดตาก ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะจิต แรงจูงใจ และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน
300 คน คำนวณจากสูตร Taro Yamane ที่มีความคลาดเคลื่อน 0.05 สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บ
รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ
ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์การทำงาน อสม. และการเข้ารับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก มี
ลักษณะเป็นแบบสอบถามชนิดตรวจสอบรายการ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก ระดับความรู้
คำตอบ การประเมิน 2 ระดับ 1. ถูก 2. ผิด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก ระดับทัศนคติ การประเมิน 3 ระดับ 1. เห็นด้วย 2. ไม่แน่ใจ 3. ไม่เห็นด้วย 4. แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับแรงจูงใจ การประเมิน 3 ระดับ 1. เห็นด้วยมาก 2. เห็นด้วย 3. เห็นด้วยน้อย และส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับพฤติกรรม การประเมิน 3 ระดับ 1. ประจำ 2. บางครั้ง 3. ไม่เคย ข้อมูลที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป คือเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข การเข้ารับการอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขใน จังหวัดตาก ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 49.2 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4 -ป.6) ร้อยละ 74.3 รายได้ต่อเดือน 3,000 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 86.6 และการเข้าอบรมเรื่องโรคไข้เลือดออก เคย ร้อยละ 97.3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 91.33 รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดตาก อยู่ในระดับดี จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 97 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2 แรงจูงใจต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 66.5 อยู่ในระดับดี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 26.27 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 7.46 พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 88 อยู่ในระดับดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50 และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50

อภิปรายผล

ความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนานิคม ตำบลบ้านโตก อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 0.91$, S.D = 0.16) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งระวี สุขพันธ์ (2567) ที่ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ความรู้เรื่องการควบคุม และการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 97.69

ทัศนคติต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนานิคม ตำบลบ้านโตก อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.30$, S.D = 0.60) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ หวังช่อกลาง (2564) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D.= 0.80)

พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนานิคม ตำบลบ้านโตก อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.33$, S.D = 0.67) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ หวังช่อกลาง (2564) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.52$, S.D.= 0.48)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และพฤติกรรม ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดตาก ผู้ศึกษาค้นคว้ามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก และการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเก็บแหล่งน้ำ ปิดให้มิดชิด เปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะ ถังน้ำขนาดเล็กหมั่นเปลี่ยนน้ำทุก 7 วัน เช่น แจกัน ขวด เลี้ยงปลาด่าง ไม้ประดับ ใส่ทรายธรรมชาติในจานรองกระถางต้นไม้ เนื่องจากการปฏิบัติข้อนี้สามารถควบคุมแหล่งลูกน้ำยุงลายได้

2. การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนาต่อยอดไปในกลุ่มประชากรอื่นๆ นอกเหนือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น ผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป หัวหน้าครอบครัว หรือกลุ่มนักเรียน เนื่องจากการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของทุกคน

3. สถานบริการสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะ แรงจูงใจ และ พฤติกรรมที่ดีอันส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างครบถ้วนทุกประเด็น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) สืบค้นจาก : https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44

กองระบาด กรมควบคุมโรค (2566) สืบค้นจาก : <https://www.tropmedhospital.com/knowledge/54126.html>

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกจากโรงพยาบาลเวชศาสตร์ (2567) สืบค้นจาก <https://www.tropmedhospital.com/knowledge/dengue.html>

ณัฐยา สุนด์ิ และคณะ (2563) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ใน อำเภอเกาะช้าง

บุญประจักษ์ จันทร์วัน (2565) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รุ่งระวี สุขพันธ์ (2567) พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

วิทยา ศรีแก้ว (2565) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ (2565) สืบค้นจาก : <https://www.bangkokpattayahospital.com/th/healthcare-services/internal-medicine-center-th/medicine-articles-th/item/543-dengue-th.html>

สุภาพ หวังช่อกลาง (2564) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านเทพ ทักษิณ ตำบลหนองแวง อำเภอเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์กรุงเทพ (2567) สืบค้นจาก <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/dengue-hemorrhagic-fever>

โรงพยาบาลธนบุรี (2565) สืบค้นจาก : <https://www.thonburihospital.com/โรคไข้เลือดออก.html>

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (2565) สืบค้นจาก : <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/dengue-hemorrhagic-fever>

ไข้เลือดออกภัยใกล้ตัวจากยูงลาย (2567) สืบค้นจาก <https://www.krungthaihospital.com/dengue-hemorrhagic>