วารสารสุขภาพภาคประชาชน

Primary Health Care Division Journal

ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560
ISSN : 1905-2782

ปี 2561 ร่วมฉลอง

100 ปี การสาธารณสุขไทย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องตีพิมพ์ วารสารสุขภาพภาคประชาชน

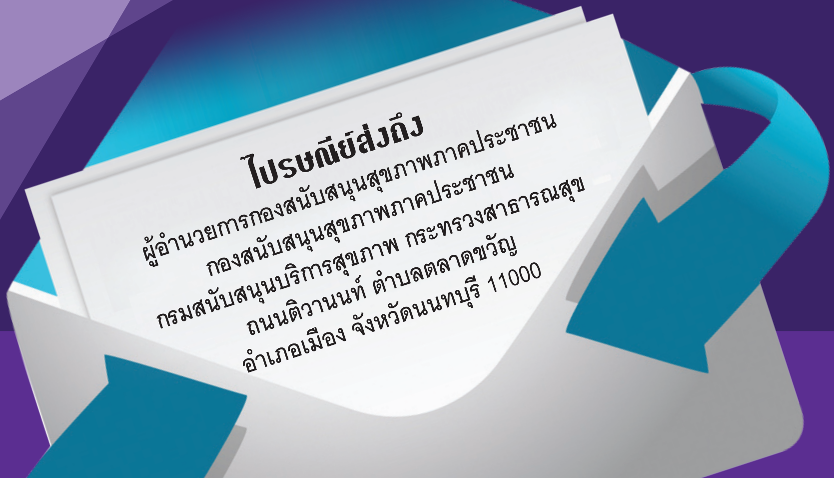
วารสารสุขภาพภาคประชาชนเป็นวารสารวิชาการของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดในการพัฒนาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนเป็นวารสารรายสามเดือน โดยกำหนดออกเผยแพร่ในเดือนธันวาคม มีนาคม มิถุนายน และกันยายน

กองบรรณาธิการยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เป็นความรู้ และเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ดังนี้

1. **ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน** เนื้อหาในการตีพิมพ์ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ชื่อผู้วิจัยหรือผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม ต้นฉบับตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point เนื้อหาจำนวน 6 - 8 หน้า A4 บรรณานุกรมไม่เกิน 1 หน้า A4

2. **บทความวิชาการ** ต้นฉบับ ตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทสรุปย่อเรื่อง ความนำ เนื้อเรื่อง แหล่งที่มาของข้อมูล และเอกสารอ้างอิง ต้นฉบับจำนวน 2 - 4 หน้า A4 เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 1 หน้า A4

3. **การส่งต้นฉบับ** ข้อ 1 และ 2 ภายในวันที่ 5 ของเดือน โดยส่งต้นฉบับเป็นเอกสารตามระบบราชการ 1 ชุด พร้อมแนบซีดีข้อมูล โดยมีหนังสือนำส่งจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ถึงผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์ และต้นฉบับอีก 1 ชุด ส่งทาง E-mail มายังกองบรรณาธิการ E-mail address : phc0705.6@gmail.com หรือ amornsriy2506@gmail.com ติดต่อที่โทรศัพท์ 0 2193 7000 ต่อ 18712 และโทรสาร 0 2149 5645



บทบรรณาธิการ

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของงานสุขภาพภาคประชาชนในยุคไทยแลนด์ 4.0 มุ่งเน้นการให้ความรู้กับกำลังคน โดยจะมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาหนุนเสริม ลงแรงน้อย แต่ได้ผลมาก โดยใช้นวัตกรรมเป็นตัวขับเคลื่อน ใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มประสิทธิภาพ นอกจากนี้ สิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นคือระบบบริการสุขภาพชุมชนได้มาตรฐานและสามารถเชื่อมต่อกับระบบบริการปฐมภูมิได้ ซึ่งปัจจุบันหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในระบบสาธารณสุข คือ **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ. สต.** ซึ่งมีพี่น้องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นภาคประชาชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ดังนั้นจะทำอย่างไรให้การทำงานระหว่าง อสม. กับ รพ. สต. สามารถเชื่อมโยงกันได้ เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

อีกส่วนหนึ่งในงานสุขภาพภาคประชาชนที่ผ่านมาได้มีการยกระดับหมู่บ้าน ให้พัฒนาสู่ **"หมู่บ้านจัดการสุขภาพ"** โดยมีแผน การปฏิบัติงานตามแผน และการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม จุดเริ่มต้นจากหมู่บ้านขยายสู่ **"ตำบลจัดการสุขภาพ"** ซึ่งในตำบลเหล่านั้นจะต้องมีหมู่บ้านจัดการสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาแล้ว ก่อนจะยกระดับเป็นตำบลจัดการสุขภาพ และมีเครือข่ายที่กว้างขวางกว่าระดับหมู่บ้าน มีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีกองทุนต่างๆ คอยหนุนเสริม เป็นต้น และได้มีการพัฒนา **"อสม. นักจัดการสุขภาพ"** ตำบลละ 10 คน เพื่อปฏิบัติงานในภาพของตำบลที่เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนให้เกิดผลสำเร็จในการจัดการสุขภาพอย่างแท้จริง และเมื่อก้าวเข้าสู่ยุค 4.0 ตำบลจัดการสุขภาพ จะพัฒนาไปสู่ **"ตำบลสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพ สู่การสร้างเศรษฐกิจยั่งยืน"** ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับ อสม. เพื่อให้ภาพดังกล่าวเกิดขึ้นได้ตามเป้าหมาย ทั้งหมดนี้ เพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวมได้ และที่สำคัญ คือ **ต้องมุ่งเน้นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้มากขึ้น**

ขณะเดียวกัน การพัฒนา อสม. ทั้งประเทศที่มีอยู่กว่า 1 ล้านคน ให้เป็น อสม. ยุค 4.0 นั้น จำเป็นจะต้องดำเนินการเป็นกลุ่มๆ อาจจะเริ่มจาก อสม. นักจัดการสุขภาพ หรือ อสม. เชี่ยวชาญ ที่ผ่านการอบรมเข้มข้น รวมถึง สมาร์ท อสม. หรือ อสม. ที่มีความสามารถในการใช้สมาร์ทโฟน เชื่อมโยงกัน โดยผ่านแอพพลิเคชั่น ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่หนุนเสริมเข้าไป อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพ อสม. แม้จะมีการใช้แอพพลิเคชั่น ยังมีองค์ความรู้ส่วนหนึ่งที่ยังต้องใช้กระบวนการฝึกอบรมอยู่ เช่น ทักษะสุขภาพอย่างการตรวจมะเร็งเต้านมระยะแรก เป็นต้น เพื่อให้ อสม. ได้รับความรู้รอบด้าน และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป...

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

2 : เรื่องจากปก

2 ✪ ปี 2561 ร่วมฉลอง 100 ปี การสาธารณสุขไทย

3 : งานวิจัย

3 ✪ ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด
(ธเนศ ภัทรวรินกุล)

12 ✪ การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
(อำพล แก้วเกื้อ)

20 ✪ ความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
(คำรณ ศรีวงค์ษา)

30 ✪ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช : การศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา
(มารศรี ก้วนหิ้น, อุไร เจรประพาฬ, อุไรวรรณ พานทอง)

41 ✪ การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงาน ตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี
(ชุติวรรณ น้อยนันตา)

50 ✪ การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารทอดใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย
(สุพัตรา คงจริง)

เรื่องจากปก

ปี 2561 ร่วมฉลอง 100 ปี การสาธารณสุขไทย

ปี พ.ศ. 2561 นับว่าเป็นปีที่มีความสำคัญ เนื่องจากในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 การสาธารณสุขไทยจะครบรอบ 100 ปี จึงเป็นโอกาสที่จะได้ทบทวนและนำบทเรียนจากอดีตมาใช้ เพื่อก้าวสู่ศตวรรษที่สองของการสาธารณสุขไทย ให้เป็นศตวรรษแห่งการสร้างสรรค์ เพื่อเป็นบทเรียนสำหรับกำหนดการพัฒนาในอนาคต

ทั้งนี้ ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้สะท้อนสถานการณ์ด้านสาธารณสุขจากอดีตถึงปัจจุบัน ที่ประเทศไทยต้องเผชิญปัญหาสาธารณสุขใหม่ๆ เช่น โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาภัยพิบัติ รวมทั้งผลกระทบจากโลกาภิวัตน์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งระบบการสาธารณสุขไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและดีขึ้น โรคติดต่ออันตรายหลายโรคถูกกำจัดให้หมดไป เช่น อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ กาฬโรค หลายโรคมีวัคซีนป้องกัน มียารักษา ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศด้านสุขภาพ ได้เร่งพัฒนาระบบสุขภาพ ครอบคลุมทุกมิติ ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข ให้มีความ**เป็นเลิศใน 4 ด้าน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ระบบบริการ คน และระบบบริหารจัดการ** เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยบูรณาการหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย และปฏิรูประบบบริการในทุกระดับ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ปี 2560 - 2561 เป็นปีแห่งการเฉลิมฉลอง "**โครงการ 100 ปี การสาธารณสุขไทยประชารัฐร่วมใจสาธารณสุขไทยก้าวหน้า**" มีกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดตั้งพิพิธภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุขชื่อ "**พิพิธภัณฑ์การสาธารณสุขและการแพทย์ไทย**" รวมถึงสนับสนุนกรมและหน่วยงานจัดตั้งพิพิธภัณฑ์หรือจัดแสดงนิทรรศการทางประวัติศาสตร์ให้มีพื้นที่การเรียนรู้จากประวัติศาสตร์ จัดตั้งหอจดหมายเหตุสุขภาพไทย เก็บรักษาเอกสารสำคัญ การอนุรักษ์อาคารเก่าที่มีคุณค่าทางประวัติศาสตร์ มีการวิจัยเกี่ยวกับประวัติศาสตร์สุขภาพ จัดทำหนังสือประวัติศาสตร์สาธารณสุข ผลิตสื่อเอกสารและสารคดีที่มีคุณค่าเผยแพร่ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมในส่วนภูมิภาคทั้ง 12 เขตสุขภาพ หมุนเวียนกันทุกเดือน เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์ เช่น การปรับปรุงโรงพยาบาลทั่วประเทศให้มีภูมิทัศน์และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย การจัดนิทรรศการ การรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ

และกิจกรรมในเดือนมีนาคม 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดเลือก 100 อสม. ดีเด่น ต้นแบบด้านสาธารณสุข เพื่อให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นพลังจิตอาสาด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคอยดูแลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านและชุมชนมาอย่างยาวนาน มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และกำลังได้รับการส่งเสริมศักยภาพไปสู่การเป็น "**นักจัดการสุขภาพ**" และ อสม. ยุค 4.0 เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ...■

งานวิจัย

โดย...ธเนศ ภัทรวิรินกุล
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสมิง อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

ประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

The effectiveness of the District Health System in Khaosaming District, Trat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) รูปแบบการวิจัยประเมินผลโครงการ เพื่อประเมินผลโครงการตามแบบจำลองซิปโมเดลของสตัฟเฟิลบีม ประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและผลผลิตจากโครงการ โดยเก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงาน และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) คณะกรรมการสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพระดับตำบล เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพเป็นนโยบายที่ดีมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ได้ อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม 2) การบริหารจัดการโครงการ มีข้อเด่นคือการจัดการแบบมีส่วนร่วมทั้งด้านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การจัดการงบประมาณ และการติดตามประเมินผล 3) กระบวนการดำเนินงานมีการแต่งตั้งคณะทำงานดำเนินโครงการระดับอำเภอและระดับตำบล มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้รับผิดชอบงานและคณะทำงาน มีการประชุมคณะทำงานเพื่อระดมความคิด ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และ 4) ด้านผลการดำเนินงาน พบว่าอำเภอมีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ โดยกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราดส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการเตรียมความพร้อมแก่ทีมงานและมีการพัฒนาให้บุคคลากรมีการรับรู้และพึงพอใจในการมีส่วนร่วม มีการวางแผนการใช้งบประมาณและบุคลากรร่วมกัน หน่วยงานและภาคีต่างๆมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และผลการประเมินตามคุณลักษณะ 5 ด้าน (UCARE) ตามเกณฑ์การประเมินอำเภอจัดการสุขภาพในแต่ละประเด็นอยู่ในขั้นที่ 4.5

ผลจากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เห็นสอดคล้องกันว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดตราดเป็นโครงการที่เหมาะสม อำเภอสามารถนำนโยบายไปกำหนดแนวทาง/ยุทธวิธี เพื่อแก้ปัญหาได้ของพื้นที่ ในระดับมากที่สุด และเห็นว่านโยบายนี้สามารถแก้ปัญหาบนพื้นฐานจากข้อมูลสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : ระบบสุขภาพอำเภอ

Abstract

This research intend to evaluate the effectiveness of the District Health System in Khaosaming District, Trat Province by qualitative studies. The qualitative study is adapted Stufflebeam's CIPP Model to analyze the context, input resource, internal process and the Output. Data was collected through report and direct interview of 40 main reporters of Khaosaming District, Trat province.

The research revealed that : 1) District health system committee ,public health administrator accepted that the project is appropriated with the government's policy and community requirement. 2) The project advantage is the community participation management through planning, implementation, project budgeting and evaluation. 3) The project has a hierachical line of management through district and sub-district level. The participants were well-prepared with proper job assignment through brainstorming and panel discussion. The Internal process was well-shaped with continuous conduction and supervision. 4) The project results in the recognition that the local administration body is the main organization for budgeting and inter-sectorial collaboration for community health problem activity. Besides, District health networking has drawn plan for health promotion and health prevention and control for diseases and health hazard of community. In summary the Government sector, Local Administrative bodies and the community agreed that the District health system is suitable and beneficial to the community. The community was provoked to awareness and realize in participating in the prevention and control of the community health problem. The project should be continue perform.

Keywords : District Health System

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข เพื่อขับเคลื่อนและพัฒนาระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 3 ทิศทาง คือ การบริหารจัดการแบบเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขต และกรุงเทพมหานคร **การพัฒนาระบบบริการ** (service plan) และ**การสนับสนุนระบบบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ** (District Health System : DHS) ให้เป็นกลไกการบริหารจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดการบูรณาการของภาคีเครือข่ายเน้นเป้าหมาย และการจัดการความรู้แบบอิงบริบทของแต่ละพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอประกอบหลักสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ 3) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น

จากหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด ได้เลือกพื้นที่อำเภอเขาสมิง เป็นหนึ่งในพื้นที่นำร่องในการพัฒนาระบบบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (district health system : DHS) โดยดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ ปีงบประมาณ 2556 เป็นต้นมา โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอให้สามารถดำเนินงานการจัดการสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรม โดยให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน/ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งในการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวยังไม่มีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรมว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพราะการประเมินผลงานจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างน้อย 2 ประการ (ถวัลย์รัฐ วรเทพพุฒิพงษ์, 2539) คือช่วยให้ทราบว่าการปฏิบัติงานตามแผน/โครงการนั้น บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และช่วยให้ทราบว่าวัตถุประสงค์ของแผน/โครงการที่ตั้งไว้เดิมนั้นปัจจุบันยังเป็นวัตถุประสงค์ที่แท้จริงหรือไม่ และมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใดประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังหรือไม่ ตอบสนองความต้องการเพียงใด ควรดำเนินการต่อไปหรือควรปรับปรุงหรือยุติโครงการนั้นเสีย ซึ่งเท่ากับเป็นการตัดสินคุณค่าของสิ่งที่กำลังจะดำเนินการหรือดำเนินการไปแล้ว (สุวิมล ติรกานันท์, 2548) และที่สำคัญก็คือการประเมินผลจะชี้ให้เห็นว่าแนวความคิดริเริ่มใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด นำไปปฏิบัติแล้วได้ผลดีสมควรจะขยายโครงการให้ครอบคลุมกว้างขวางยิ่งขึ้นหรือไม่ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2544) ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่อง การประเมินผลโครงการ และการประเมินผลโครงการโดยใช้รูปแบบซิป (CIPP model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) จึงเห็นควรประเมินผลการดำเนินโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ ของอำเภอเขาสมิงขึ้น เพื่อนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนารูปแบบการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (district health system : DHS) ให้มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การขยายผลหรือพัฒนาการดำเนินงานการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (district health system : DHS) ในพื้นที่อื่นๆ ให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพของอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินผลโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพของอำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด โดยใช้รูปแบบการประเมินตามแบบจำลองซิป (CIPP Model) ที่มีการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต ดังนี้

1) การประเมินบริบท (context evaluation) คือการประเมินสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกโครงการ

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (input evaluation) คือการประเมินความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้าได้แก่บุคลลากร งบประมาณ ความพร้อมในการดำเนินโครงการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการทุกระดับ

3) การประเมินกระบวนการ (process evaluation) คือ การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการดำเนินงานของโครงการ เช่น การบริหารโครงการ การจัดการงบประมาณ กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน การติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมหน่วยงานต่างๆ

4) การประเมินผลผลิต (product evaluation) คือการประเมินความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยเป็นกรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้แก่

ก. คณะกรรมการสุขภาพอำเภอคือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอเขาสมิงได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสมิง สาธารณสุขอำเภอเขาสมิง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเขาสมิง หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเขาสมิง จำนวน 10 คน

ข. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด จำนวน 15 คน

ค. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานการจัดการสุขระบบภาพ ในพื้นที่อำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด จำนวน 15 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ทำการวิจัย และเก็บข้อมูลในช่วง 1 ตุลาคม 2557 ถึงวันที่ 31มกราคม 2558 รวมระยะเวลา 4 เดือน

กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ

แนวคิดที่ใช้ประเมิน

↓

ประยุกต์รูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีม : รูปแบบซิป (CIPP model)

↓

สิ่งที่ประเมิน

↓

บริบท (context)	ปัจจัยนำเข้า (input)	กระบวนการ (process)	ผลผลิต (product)
1.ความเหมาะสมของนโยบาย/โครงการ 2.ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่	1.บุคคลากรและความพร้อมของบุคลากรที่รับผิดชอบโครงการ 2.ความเหมาะสมของงบประมาณ	1.การบริหารโครงการ 2.การจัดการงบประมาณ 3.กระบวนการจัดทำแผนการดำเนินงาน 4.การติดตามและประเมินผล 5.การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ	1.ผลสำเร็จตามโครงการ 2.ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการแผนงาน งบประมาณและบุคคลากร 3.การบรรลุตัวชี้วัดด้านสุขภาพของพื้นที่ตามที่กำหนดไว้หรือตามเกณฑ์ที่ของกระทรวง/จังหวัด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การประเมินผลโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด เป็นการวิจัยประเมินผลในรูปแบบซิปโมเดล วิธีการศึกษาประกอบด้วย

1. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ที่เกี่ยวข้องกับโครงการได้แก่

ก. คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ คือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของอำเภอเขาสมิง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสมิง สาธารณสุขอำเภอเขาสมิง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเขาสมิง หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลเขาสมิง จำนวน 10 คน

ข. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด จำนวน 15 คน

ค. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานการจัดการสุขระบบภาพ ในพื้นที่อำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด จำนวน 15 คน

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นเอง โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่อง การประเมิน

ผลโครงการ และการประเมินผลโครงการโดยใช้รูปแบบซิป (CIPP model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยาม และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึกสำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย โดยเริ่มต้นจากการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ เช่น เอกสารต่างๆ ของโครงการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in - depth interview) และการสนทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลโดยมีรายละเอียดของการเก็บข้อมูล

3.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary research) ศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการโครงการ งบประมาณและการจัดการงบประมาณ และผลการดำเนินงานหรือความสำเร็จของโครงการ

3.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักในเรื่องความเหมาะสมของโครงการ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ความเหมาะสมของงบประมาณ การบริหารจัดการโครงการ กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน การติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ผลการดำเนินงานหรือความสำเร็จของโครงการและปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

3.3 การสนทนากลุ่มเพื่อรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (focus group discussion) ในเรื่องความเหมาะสมของโครงการ ความเหมาะสมของงบประมาณ กระบวนการจัดทำแผนดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ผลการดำเนินงานหรือความสำเร็จของโครงการและปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

4. **การวิเคราะห์ข้อมูล** หลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ เพื่อได้ง่ายต่อการวิเคราะห์ โดยนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Strauss, A.L. and Cabbin, J,1990).

ผลการวิจัย

1. **ผลการประเมินบริบท** (context) ของโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด ในประเด็นเรื่องความเหมาะสมของโครงการ ความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ : จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูล ต่างเห็นสอดคล้องกันว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ เป็นนโยบายที่ดี มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบันสามารถนำใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ได้ โดยเหตุผลสำคัญที่สนับสนุนให้เห็นถึงความเหมาะสมของนโยบาย คือ กระบวนการดำเนินงานของโครงการที่เปิดโอกาสให้พื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนเพื่อการแก้ไขปัญหาของพื้นที่และการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมบนพื้นฐานจากข้อมูลสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เป็นการส่งเสริมให้คณะกรรมการและหน่วยงานในระดับตำบลเข้ามามีส่วนกำหนดทิศทางการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมอีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า ในระดับจังหวัดให้ความสำคัญสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ ทั้งในด้านงบประมาณและด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2. **ผลการศึกษาด้านปัจจัยนำเข้า** (input) ในภาพรวมพบว่ามีการแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ แก่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการทุกระดับ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีความพร้อมและมีกิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้กับคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากการ

สัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่าจังหวัดและอำเภอมีกิจกรรมการเตรียมความพร้อม การจัดงบประมาณสำหรับดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพียงพอในการทำกิจกรรม

3. **ผลการศึกษาด้านกระบวนการ** (process) พบว่ากระบวนการดำเนินงานโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิงจังหวัดตราดเน้นการทำงานแบบเป็นทีมในรูปคณะทำงานทั้งด้านการวางแผนการดำเนินงาน การจัดการงบประมาณและการติดตามประเมินผล ส่วนในด้านความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ พบว่าหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

4. **ผลการศึกษาด้านผลผลิต** (product) ในภาพรวมพบว่าผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ทั้งในด้านศักยภาพในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอำเภอจัดการระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

5. **ปัญหาและอุปสรรค** ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามนโยบายอำเภอจัดการสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ได้แก่

1) เครือข่ายมีระดับความรู้ ความเข้าใจในโรคและภัยสุขภาพแตกต่างกัน

2) การสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพยังไม่เข้มข้น ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3) ระบบฐานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพในระดับอำเภอยังไม่มีคุณภาพที่ดี

6. **ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินโครงการในอนาคต** ควรมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการทำงานในชุมชนเพื่อเผยแพร่หรือถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคและภัยสุขภาพ ดังนั้นควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมศักยภาพของพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาในระยะยาวอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การอภิปรายผล

1. **การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม** พบว่า โครงการมีความเหมาะสมสอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์ สภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานโครงการสามารถบูรณาการเข้ากับแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (วัฒนา นันทะเสน, 2557) ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้ เป็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ (1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (2) การมีส่วนร่วมของ**เครือข่าย**และชุมชน (3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง (4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และ (5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (one district one project : ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

2. **การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยนำเข้า** พบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรตามโครงการ มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง และมีการพัฒนาศักยภาพและจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานแก่คณะทำงานในระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งเพราะ

การเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจ ได้รับรู้แนวทางการดำเนินงาน และ การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการบุคคลากรระหว่างภาคส่วนสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรม ด้านงบประมาณพบว่ามีการบูรณาการงบประมาณเพื่อใช้ในการทำกิจกรรมแก้ไขปัญหาของพื้นที่ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคส่วนอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรมเพียงพอและเหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินโครงการห้องเรียนธรรมชาติสู่คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนบ้านทัพหลวง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสระแก้ว เขต 1 ปีการศึกษา 2549 (สากล พรหมศิริเดช, 2550) ประเมินด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการและด้านผลผลิต ในภาพรวมมีความเหมาะสมของโครงการอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะด้านปัจจัยนำเข้ามีความเหมาะสมของงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร

3. **กระบวนการดำเนินงานหรือแนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติของโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพ อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด กระบวนการบริหารจัดการ เครือข่ายสุขภาพของอำเภอเขาสมิงมีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินในภาพรวมของอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร (ชดาภร ศิริคุณและวุธิพงศ์ ภักดีกุล, 2557)** พบว่า บริบทแต่ละพื้นที่มีวิวัฒนาการทำงานที่ต่อยอดจากทุนเดิม ที่เป็นวัฒนธรรมองค์กรในการทำงานกับชุมชน มีเครือข่ายที่แนบแน่น เน้นการทำงานเป็นทีมที่มากด้วยประสบการณ์ และเรียนรู้เทคนิคร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่สำคัญ คือ การมีโครงสร้างหน้าที่ สร้างการรับรู้กระตุ้นการตอบสนองนโยบายหรือปัญหาสุขภาพ และให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม (participation) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (learning) ร่วมลงมือปฏิบัติจริง (action) ภายใต้การประเมินตนเองและการตรวจเยี่ยม (checking) จนเกิดผลผลิตที่คุ้มค่า จนเป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อร่วมทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมาก

4. **ด้านผลผลิตในภาพรวม** พบว่า ผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จและบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการทั้งด้าน Objective และด้าน Effective โดยพบว่าอำเภอมีแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและเครือข่ายสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ โดยกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และผลการประเมินตามคุณลักษณะ 5 ด้าน (UCARE) ตามเกณฑ์การประเมินอำเภอจัดการสุขภาพในแต่ละประเด็นอยู่ในขั้นที่ 4.5 ได้แก่ ประเด็น unity คือการบริหารจัดการโครงการในรูปคณะกรรมการ ประเด็น community participation องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผนดำเนินการ การดำเนินงานและการประเมินผล ประเด็น appreciation คือ แผนการดำเนินงานต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่และความต้องการของประชาชน ประเด็น resource sharing คือ มีการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะแผนพัฒนากองทุนสุขภาพระดับตำบล และประเด็น essential care คือมีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนที่เหมาะสมสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการของคณะกรรมการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขสมิงและเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ที่ส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการอำเภอจัดการระบบสุขภาพอำเภอเขาสมิงมีการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการเตรียมความพร้อมแก่ทีมงานและมีการพัฒนาให้บุคคลากรมีการรับรู้และพึงพอใจในการมีส่วนร่วม มีการวางแผนการใช้งบประมาณและบุคลากรร่วมกัน หน่วยงานและภาคีต่างๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร (ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล, 2557) พบว่า คณะกรรมการหรือผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ใน ระดับมาก ด้านการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม (participation) การมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (learning) ร่วมลงมือปฏิบัติจริง (action) จนเป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อร่วมทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพ และวัฒนา นันทะเสน (2557) ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยการประเมินผลแบบ CIPP Model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ตามสภาพปัญหาบริบทในพื้นที่ทั้ง 13 อำเภอ ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น ...■

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข.การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับ (รสอ.). 2557.
2. ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล. “การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health : DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร”. การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2 (1) : 1-12 : มกราคม - มีนาคม 2558.
3. วรเดช จันทรศร, “การพัฒนาทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ”. งานวิจัย, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2545 - 2546.
4. วัฒนา นันทะเสน .”การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม”. วารสารการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2538. 7(30). พฤศจิกายน 2557 - กุมภาพันธ์ 2558 .105 - 113 .
5. สากล พรหมศิริเดช. การประเมินผลโครงการห้องเรียนธรรมชาติสู่คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนบ้านทัพหลวง. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสระแก้ว เขต 1 ปีการศึกษา 2549. (ออนไลน์). สาระสังเขปจาก : http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms.nsp. 2550

โดย...อำพล แก้วเกื้อ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
(รักษาราชการแทนสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

Development of Elderly Club Network, Pa-Phayom District, Phatthalung

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่ายตามมิติของ**การมีส่วนร่วม 4 มิติ คือ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับประโยชน์ และการร่วมประเมินผล** และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ประชากร คือ กรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอมและผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอป่าพะยอม รวมจำนวน 51 คน คัดเลือกแบบเจาะจงเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มกับตัวแทนกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอมและผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอป่าพะยอม รวมจำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบว่า ระดับการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับสูง การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผลอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าปัจจัยด้านเพศ สภาพความเป็นอยู่และความเพียงพอของรายได้ของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ ผู้รับผิดชอบชมรม มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่า**ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ คือ คุณลักษณะของประธานชมรม และหน่วยงานภาครัฐที่ให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรม ที่สำคัญ คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาเครือข่าย

Abstract

The purposes of this descriptive study were to investigate level of development of elderly club network and factors associated with development of elderly club network at Pa - Phayom District, Phatthalung Province. Of these, 51 population were purposively selected, elderly club committees and persons responsible for elderly club. The data were collected in October 2017 by questionnaire and focus group. The data were

analyzed by descriptive statistics and Chi - square. Results revealed that overall of development of elderly club network was rated at moderate. Decision making was rated at high. Implementation, benefit and evaluation were rated at moderated. It revealed that sex, living status and sufficient income statistically associated with development of elderly club network (p<0.05). Important factors to mobilize activities of elderly club were characteristic of chairman committee, governmental support ofHealth Departments and Local governments.

Keywords : Elderly, Elderly club, Network development

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร ปี 2559 มประชากรประมาณ 68 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านประมาณ 2 ล้านคน ประเทศไทยมีประชากรค่อนข้างคงที่ มีอัตราเพิ่มประชากรเพียง ร้อยละ 0.5 ต่อปี ซึ่งอัตราเพิ่มของประชากรลดลง (ร้อยละ 3) จากเมื่อ 40 - 50 ปีก่อน จากความเจริญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทำให้อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรไทยยืนยาวขึ้น โครงสร้างประชากรได้เปลี่ยนจากการเป็นประชากรเยาว์วัยเป็นประชากรสูงวัย ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 14)ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ปัจจุบันสังคมไทยรับรู้และตระหนักถึงสถานการณ์การเป็นสังคมสูงวัยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังขาดการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคมสูงอายุไทยในอนาคต และประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

ภาครัฐให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยการกำหนดบทบาท สิทธิ และ หน้าที่ของผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 - 2544) ประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 9 ข้อ พ.ศ. 2542 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) และการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) นอกจากนี้การกระตุ้นให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นทั่วประเทศ และการสนับสนุนจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Ageing) ใน ปี พ.ศ. 2525 ทำให้การพัฒนาและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมและในปี พ.ศ. 2532 สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยกลางในการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การเป็นสมาชิกของสมาคมฯ (อนุสรณ์ อุดปล้อง และคณะ, 2556)

อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากการสำรวจ มีจำนวน 7,897 คน (ร้อยละ 16.35) ของประชากรทั้งหมด มีชมรมผู้สูงอายุ ระดับหมู่บ้านจำนวน 39 ชมรม ครอบคลุม ทุกหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล 4 ชมรม และ ชมรมระดับอำเภอ 1 ชมรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชมรม ที่มีการจัดตั้งขึ้น จากการกระตุ้นของเจ้าหน้าที่ของผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุ ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้เกิดจากการรวมกลุ่มกันเองของผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน ตำบล ซึ่งชมรมที่มีโครงสร้าง และ กิจกรรมชัดเจนมากที่สุด

คือ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม ซึ่งเป็นชมรมระดับอำเภอที่มีการจัดตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ปัจจุบันมีสมาชิก 1,076 คน ชมรมมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีมีการจัดกิจกรรมอย่างจำกัด ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายคณะกรรมการชมรมแต่ละชุด และ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โดยรวมจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล และ ระดับอำเภอ ของอำเภอป่าพะยอม มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมทุกระดับ รวมทั้งสิ้น จำนวน 4,740 คน (ร้อยละ 60.02) ซึ่งชมรมแต่ละระดับ ยังขาดความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย ในการส่งเสริม สนับสนุน ระหว่างกัน ในการดำเนินกิจกรรมของชมรมอย่างเป็นรูปธรรม ชมรมที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีเพียงชมรมระดับอำเภอ (คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม, 2550)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุตามมิติของการมีส่วนร่วม 4 มิติ คือ การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับประโยชน์ และการร่วมประเมินผล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทาง รูปแบบในการส่งเสริม สนับสนุน ชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม ให้มีความเข้มแข็ง ยั่งยืน สามารถเป็นที่รวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมและรองรับนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการพัฒนาเครือข่าย ของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม และผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุของหน่วยงานสาธารณสุข และ องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

1. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งหมด จำนวน 51 คนประกอบด้วยกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จำนวน 39 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วยหน่วยงานด้านสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง จำนวน 6 คน โรงพยาบาลป่าพะยอม จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง จำนวน 4 คน รวมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ จำนวน 12 คน ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง จากกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม ทุกคน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ คัดเลือกจากผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรง กับการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามในการสนทนากลุ่มรวมจำนวน 12 คน ประกอบด้วย ตัวแทนกรรมการชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการ เหรัญญิก ตัวแทนกรรมการ 1 คน และ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม โรงพยาบาลป่าพะยอม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่งๆ ละ 1 คน รวม 7 คน

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลร่วมกับการสนทนากลุ่ม

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) คุณลักษณะของประชากร
2) ข้อมูลภาวะสุขภาพของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
3) ข้อมูลความคิดเห็นต่อการดำเนินการของชมรม
4) ข้อมูลระดับการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุ ตามมิติของการมีส่วนร่วม 4 มิติ ประกอบด้วย (1) การร่วมตัดสินใจ (2) การร่วมดำเนินกิจกรรม (3) การร่วมรับประโยชน์ และ (4) การร่วมประเมินผล

คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม กำหนดเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

1) ด้านทรัพยากร
2) ด้านการบริหารชมรม
3) ด้านการมีส่วนร่วมของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ
4) ด้านการดำเนินกิจกรรมชมรม
5) ด้านอื่นๆ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้แล้วคำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ในส่วนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.804 และ 0.948 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กำหนดเป็น 5 ประเด็น คือ ด้านทรัพยากร ด้านการบริหารชมรม ด้านการมีส่วนร่วมของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ ด้านการดำเนินกิจกรรมชมรม และ ด้านอื่นๆ

ข้อมูลระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินการของชมรมเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปรผลโดยคะแนนพิสัย ((คะแนนสูงสุด - ต่ำสุด)/จำนวนกลุ่ม) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ(ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2555) คือ น้อย (คะแนน 1.00 - 2.33) ปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และมาก (คะแนน 3.68 - 5.00)

ข้อมูลระดับการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุ เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปรผลโดยคะแนนพิสัย ((คะแนนสูงสุด - ต่ำสุด)/จำนวนกลุ่ม) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2555) คือ น้อย (คะแนน 1.00 - 2.33) ปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และมาก (คะแนน 3.68 - 5.00)

3. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนดังนี้

1) การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการในวันประชุมกรรมการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม โดยชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วยหน่วยงานด้านสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง จำนวน 6 คน โรงพยาบาลป่าพะยอม จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม จำนวน 1 คน และ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง จำนวน 4 คนไปเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ณ สถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

2) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามในการสนทนากลุ่ม รวมจำนวน 12 คน นัดสนทนากลุ่ม ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม

4. **การวิเคราะห์ข้อมูล** การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษา คุณลักษณะของประชากรด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi - square ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร และข้อคิดเห็นในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.80 มีอายุเฉลี่ย 62.35 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.20 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 74.50 มีอาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 72.00 มีรายได้พอกับค่าใช้จ่ายโดยมีแหล่งที่มาของรายได้ร้อยละ 80.40 ที่มารายได้จากการประกอบอาชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.80 อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน ร้อยละ 58.80

2. ข้อมูลระดับความคิดเห็นในการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นต่อการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.86, S.D. = 0.98)

3. ข้อมูลระดับการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุตามมิติของการมีส่วนร่วม จำแนกออกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า การร่วมตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 อยู่ในระดับมากสำหรับการร่วมดำเนินกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 การร่วมรับผลประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และการร่วมประเมินผลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 อยู่ในระดับปานกลาง และโดยรวมการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39, S.D. = 0.98)

ตารางที่ 1 ระดับของความคิดเห็นและการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ระดับของความคิดเห็นและการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ระดับของความคิดเห็นในการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุ (ภาพรวม)	3.86	0.98	มาก
การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ (ภาพรวม)	3.39	0.98	ปานกลาง
1. การร่วมตัดสินใจ	3.70	1.22	มาก
2.การร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชมรม	3.38	1.89	ปานกลาง
3. การร่วมรับผลประโยชน์การดำเนินกิจกรรมของชมรม	3.24	1.07	ปานกลาง
4.การร่วมในการประเมินผลกิจกรรมของชมรม	3.24	0.74	ปานกลาง

4. **ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ** พบว่า ปัจจัยด้านเพศ สภาพความเป็นอยู่ และความเพียงพอของรายได้ ของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐผู้รับผิดชอบชมรม มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ

คุณลักษณะทางประชากร	χ^2	df	p-value
1. เพศ	25.70	1	0.00
2.สภาพความเป็นอยู่ (อาศัยอยู่กับ)	11.36	4	0.02
3.ความเพียงพอของรายได้	13.90	2	0.01

5. **สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก** พบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม คือ ปัจจัยภายในชมรม ได้แก่ (1) คุณลักษณะของประธานชมรมประธานชมรมส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำแบบเป็นทางการมาก่อน เช่น เป็นข้าราชการบำนาญ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกระบวนการพัฒนาทั้งจากภาครัฐและเอกชนค่อนข้างมาก ทำให้ประชาชนและสมาชิกยอมรับนับถือให้เป็นผู้นำกลุ่ม อีกทั้งประสบการณ์ในการเป็นผู้นำมาก่อนจึงสามารถแสดงบทบาทได้เป็นอย่างดี เป็นผู้นำเสนอข้อมูลต่างๆ ได้ดี เช่น นำเสนอขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการต่างๆ ปัจจัยภายนอกชมรม ได้แก่ (2) องค์กรและหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนซึ่งองค์กรหลักได้แก่ โรงพยาบาลป่าพะยอม อำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่จัดเก็บเอกสารของชมรม เป็นสถานที่พบปะของแกนนำและสมาชิกชมรมฯ เป็นที่นัดพบของสมาชิก ทุกๆ 3 เดือน ในการประชุมเพื่อจัดทำแผนงานของชมรมฯ โดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลป่าพะยอมเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งให้บริการตรวจสุขภาพแก่สมาชิกชมรมฯ ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ควรจะเป็นของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ และ องค์กรที่ให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุอีกองค์กรหนึ่ง คือ องค์การบริหารส่วนอำเภอป่าพะยอม ซึ่งจะจัดสรรเงินอุดหนุนให้ชมรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

สรุป

การพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุตามมิติของการมีส่วนร่วม ซึ่งจำแนกออกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์และการร่วมประเมินผล ระดับการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับสูง ส่วนระดับการร่วมดำเนินกิจกรรม การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยด้านเพศ สภาพความเป็นอยู่และความเพียงพอของรายได้ของกรรมการชมรมและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ ผู้รับผิดชอบชมรม มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วย คุณลักษณะของประธานชมรมและหน่วยงานภาครัฐที่ให้การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรม ที่สำคัญคือหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อภิปรายผล

จากการศึกษาระดับของการพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอำเภอพะยอม จังหวัดพัทลุง ครั้งนี้ พบว่า ระดับการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับมาก และการร่วมในการดำเนินกิจกรรม การรับผลประโยชน์ และการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก การดำเนินงานของกรรมการชมรมและ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการทำงานและให้ความคิดเห็นว่าไม่เป็นภาระต่อการทำงานของชมรม (92.20%) และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานดังกล่าวผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย จึงอาจเป็นผลให้ระดับพัฒนาเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของพันนิภา บุญจริง ที่ทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลธาตุน้อย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (การตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ ชยุต ชำนาญเชาว์ และคณะ ที่ทำการศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการประยุกต์แนวคิดการวางแผนการมีส่วนร่วม (AIC) เป็นขั้นตอนในการดำเนินงาน พบว่า มีระดับพัฒนาระดับการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ การศึกษาของ วราวุธ ชื่นตา ที่ทำการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้การกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มคณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ โดยพบว่ากิจกรรมที่ดำเนินงานภายในชมรม ได้แก่ กิจกรรมด้านศาสนา การพัฒนาอาชีพเสริม การสังคมสงเคราะห์ กองทุนฌาปนกิจศพ และกิจกรรมด้านสุขภาพ (การส่งเสริมการออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพจิต) เป็นต้น

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก สำหรับปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณลักษณะของประธานชมรม ทั้งนี้เนื่องจากประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเคยปฏิบัติงานในภาครัฐมาก่อน จึงทำให้เรียนรู้ระบบการทำงานชมรมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้สามารถประสานงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้ดี เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำให้เป็นที่ยอมรับของสมาชิก นอกจากนี้ จากการมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำจากหน่วยงานเดิมมาก่อน ประธานชมรมจึงสามารถแสดงบทบาทได้เป็นอย่างดี สำหรับปัจจัยภายนอก คือ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบล และส่วนราชการต่างๆ ซึ่งอำนวยความสะดวกและสนับสนุนในการจัดกิจกรรมของของชมรม

จากปัจจัยที่สำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรณ์ อุดปล้อง และคณะ ที่ทำการศึกษาปัจจัยในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ละเมา ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุบ้านละเมา และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรม พบว่า ปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วยคุณลักษณะของประธานชมรม การเห็นประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม และความสามัคคีของสมาชิกชมรม ส่วนปัจจัยภายนอกชมรม ได้แก่ งบประมาณและบุคลากรจากหน่วยงานภายนอก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ควรส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุในการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยเน้นกิจกรรมการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลของชมรมอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ควรพิจารณาคุณลักษณะทางประชากรของบุคคลที่เข้ามาช่วยในการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยด้าน เพศ สภาพความเป็นอยู่ และความเพียงพอของรายได้ และคุณลักษณะความเป็นผู้นำของประธานชมรม และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาความเข้มแข็งและความยั่งยืนของเครือข่าย และควรมีการประเมินสภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมและไม่เข้าร่วมชมรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ต่อไป ...■

บรรณานุกรม

คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนานวัตกรรม “การพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุ” อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 2550.

ชยุต ชำนาญเนาว์, มนกานต์ อินทรกำแหง และนิรุวรรณ เทรินโบล์. การพัฒนาการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2558 ; 18 (2) : 5 - 18.

พันนิภา บุญจริง. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลธาตุน้อย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2558 ; 8 (2) : 1 - 7.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด (มหาชน) 2557.

วราวุธ ชื่นตา. การพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550 ; 2 (2) : 1122 - 1126.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2556.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการประสานสาธารณสุข อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ประจำปี 2559.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวคิดการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ : กฎหมายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2548 : 81 - 85.

อนุสรณ์ อุดปล้อง, เกรียงศักดิ์ โรจน์คุรีเสถียร และภาณี วงศ์เอก. ปัจจัยในการขับเคลื่อนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ละเมา ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารสารธารณสุขศาสตร์ 2556 ; 43 : 68 - 79.

โดย...**คำรน ศรีวงค์ษา**
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

ความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Knowledge, value, way of life and Western-style fast food consumption behavior of teenage student in urban area, Samutsongkhram

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่น ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 4 - 6 จำนวน 330 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็นจากประชากรนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 จำนวน 1,910 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 17 ปี กำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 น้ำหนักตัวเฉลี่ย 54.6 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 163.7 เซนติเมตร ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้รับเงินค่าใช้จ่าย 300 - 500 บาทต่อสัปดาห์ อาศัยอยู่กับพ่อแม่ บิดาและมารดามีการศึกษา อนุปริญญา บิดาและมารดามีอาชีพ/รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ครอบครัวมี รายได้เฉลี่ย 10,000 - 29,999 บาทต่อเดือน มีความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิต และพฤติกรรมเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกระดับมาก

การเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ตัวแปรด้านเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) และไม่พบความแตกต่างของตัวแปรข้อมูลทั่วไปอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก วิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก วิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน โดยเฉพาะนักเรียนวัยรุ่น มีความรู้ ความตระหนักและความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ความต้องการสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นและครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ให้เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตนเอง

คำสำคัญ : การบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก

Abstract

The purpose of this study was to study knowledge, value, way of life and Western-style fast food consumption behavior of teenage student in urban area, Samutsongkhram. The sample group were 330 students studying in MathayomSeuksa 4 - 6 chosen by Probability sampling from 1,910 students in Mattaym Seuksa 4 - 6. The Tools of this study were Questionnaire and In-depth interview. The quantitative data was analyzed by using Statistic, Percentage, Mean, Standard Deviation, T - test, One-way ANOVA, Peason's Correlation Coefficients.

The study results revealed that : Most of the sample were female, 17 years old, studying in Mattayom Seuksa 5, whose weight were 54.65 kilograms and hight were 163.92 centimeters in average. They had nutritional status in general and they were received the expenditure from parents about 300 - 500 baht per week. They lived with parents graduating from MattayomSeuksa level to Diploma level. Their parents were employees, etc. Their family earned in average 10,000 - 29,999 baht per month. Their parents had knowledge, value, way of life and Western-style fast food consumption behavior in high level.

The different comparison found that gender of the sample were the variables creating the significant difference in knowledge, way of life and Western-style fast food consumption behavior at p-value <0.01 and there was no difference between other variables with Western - style fast consumption value, way of life about consumption and Western-style fast food consumption behavior.

From Correlation Coefficient, the knowledge about Western-style fast food consumption, way of life about consumption and Western - style fast food consumption value significantly had the relation with Western - style fast food consumption behavior at p-value < 0.01.

Suggestions should be encouraged. Encourage people Especially teenagers have knowledge, awareness and understanding. Correct about the nutritional value of Western fast food. Necessary nutritionalneeds and adequate for the needs of the body. For teenagers and families. Can change the behavior in the choice of Western fast food. To suit their own health.

Keywords : Western-style fast food consumption

บทนำ

กระแสโลกาภิวัตน์ในรอบสามทศวรรษที่ผ่านมา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาของสังคมโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระบบต่างๆ ในประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและเทคโนโลยี สังคมชนบทเป็นสังคมเมือง และสังคมตะวันออกเป็นสังคมตะวันตกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างมากโดยเฉพาะวิถีชีวิต หรือความเป็นอยู่ของคนในสังคมเมือง ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายมากขึ้น แต่ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบแข่งขันกับเวลามากขึ้นด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) อาหารพร้อมบริโภคหรืออาหารที่รับประทานได้ทันที จากร้านอาหารต่างๆ หรือร้านอาหารในศูนย์การค้ามากขึ้น วัฒนธรรมการบริโภคอาหารจานด่วนจึงเข้ามามีบทบาทอย่างมากกับวิถีชีวิตของคนในสังคมเมืองที่มีเวลาไม่มากพอ โดยเฉพาะครอบครัวที่พ่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาเตรียมอาหารให้ลูก อาหารจานด่วนจึงเข้ามามีบทบาทและตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2558)

อาหารจานด่วน หรือ “**อาหารจานเดียว**” หรือ “**ฟาสต์ฟู้ด**” (Fast Food) เป็นอาหารที่ผู้ผลิตมีการเตรียมและปรุงไว้จนสำเร็จรูปหรือเกือบสำเร็จรูป เพื่อจำหน่ายแก่ผู้บริโภคสามารถบริโภคได้ทันทีหรือใช้กรรมวิธีขั้นสุดท้ายก่อนรับประทานเพียงแค่ไม่กี่นาที โดยผู้บริโภคสามารถรับประทานภายในร้านหรือซื้อไปรับประทานภายนอกร้านก็ได้ ซึ่งเหมาะสมกับสังคมและวิถีชีวิตที่เร่งรีบ

จังหวัดสมุทรสงครามมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น ตามภาวะเศรษฐกิจที่เริ่มขยายตัว ราคาผลผลิตทางการเกษตรปรับตัวสูงขึ้น ประชาชนมีความสามารถในการจับจ่ายเพิ่มขึ้น เห็นได้จากในพื้นที่เขตอำเภอเมือง มีการขยายสาขาของ ไฮเปอร์มาเก็ต 1 แห่ง ได้แก่ บิ๊กซี มีการปรับปรุงและขยายไฮเปอร์มาเก็ต 1 แห่ง ได้แก่ โลตัส ซึ่งภายในมีร้านค้าจำหน่ายสินค้าแบรนด์เนมและร้านอาหาร โดยเฉพาะร้านอาหารที่เป็นเฟรนไชส์ (Franchise) จากต่างประเทศหรืออาหารจานด่วนแบบตะวันตกเพิ่มขึ้นมากมาย ทำให้กระแสบริโภคนิยมและรูปแบบการบริโภคอาหารและประชาชนเปลี่ยนไป โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นได้รับอิทธิพลการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคจากวิถีชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาหาความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

รูปแบบของการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ของนักเรียนวัยรุ่น ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 330 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยการใช้แบบสอบถามเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากร

การศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2560 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ โรงเรียนศรัทธาสมุทร และโรงเรียนถาวรานุกูลและผู้ปกครองนักเรียนและนักเรียนวัยรุ่น จำนวน 3 ครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณคือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 1,910 คน เป็นนักเรียนโรงเรียนศรัทธาสมุทร จำนวน 978 คน และนักเรียนโรงเรียนถาวรานุกูล จำนวน 932 คน ขนาด

ของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนวณจำนวนนักเรียนตามสัดส่วนของจำนวนนักเรียนทั้งหมดตามชั้นปีที่ 4 - 6 ในแต่ละโรงเรียน โดยเลือกเฉพาะนักเรียนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมืองเท่านั้น และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้โดยวิธีจับฉลากส่วนกลุ่มตัวอย่างการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 3 ครอบครัว เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะโภชนาการ ชั้นปีที่ศึกษา จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความโดย ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม (วิไลวรรณ คงกิจ, 2548) ลักษณะแบบสอบถาม เป็นคำถามให้เลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม (สุขุมาลย์ ประสมศักดิ์, 2552) แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม (วิไลวรรณ คงกิจ, 2548) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีมาตรวัด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 6 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยสัมภาษณ์วิถีชีวิต ค่านิยมและพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัยและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อพิจารณาร่วมกันหลังจากนั้นทำการทดสอบหาค่าดัชนีตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91

2. การหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามค่านิยม ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 แบบสอบถามวิถีชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้นักเรียนทำแล้วรอรับกลับคืน

2. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง 3 ครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรโดยแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่าง ด้านความรู้ ค่านิยม วิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร โดยการทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก และวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 มีอายุ 17 ปี ร้อยละ 32.4 รองลงมาอายุ 16 ปี 15 ปี และ 18 ปี ร้อยละ 31.3, 22.4 และ 13.9 ตามลำดับ กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6, 4 และ 5 ร้อยละ 35.8, 33.0 และ 31.2 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.3 ได้รับค่าใช้จ่าย/สัปดาห์ 300 - 500 บาท โดยเฉลี่ยได้รับค่าใช้จ่าย/สัปดาห์ 519.8 บาท ร้อยละ 83.6 อาศัยอยู่กับพ่อและหรือแม่ ทั้งนี้ส่วนใหญ่นักเรียนวัยรุ่นดังกล่าว ร้อยละ 77.5 มีภาวะโภชนาการสมส่วน บิดาของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.2 รองลงมามีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. หรือสูงกว่า และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.2, 26.7 และ 11.8 ส่วนมารดามีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 30.6 รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 27.3, 25.1 และ 17.0 ตามลำดับ บิดามีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 43.9 และ 31.8 ส่วนมารดา ร้อยละ 38.8 และ 37.5 มีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เช่นกัน ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 40.6 โดยเฉลี่ยครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 32,670.4 บาท

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การศึกษาของบิดามารดา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวพบว่า นักเรียนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.002) โดยพบว่านักเรียนหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกดีกว่าเพศชาย ส่วนนักเรียนที่มีอายุ ภาวะโภชนาการ จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การศึกษาของบิดามารดา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบเพศ อายุ ภาวะโภชนาการ จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ การศึกษาของบิดามารดา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ตัวแปร	n	$\overline{X}$	SD	t / F	P-value	คู่ที่ต่าง
	เพศ	**330**					
1	ชาย	137	11.1	2.4	-3.203	0.002	1, 2
2	หญิง	193	11.9	1.7			
	อายุ	**330**					
1	15ปี	74	11.5	2.3	1.119	0.341	-
2	16 ปี	103	11.3	2.0			
3	17 ปี	107	11.8	1.8			
4	18 ปี	46	11.7	2.3			
	ภาวะโภชนาการ	**330**					
1	ผอม (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ)	21	12.1	1.3	1.974	0.141	-
2	สมส่วน (อยู่ในเกณฑ์ปกติ)	256	11.6	2.1			
3	อ้วน (สูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	53	11.1	2.3			
	จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับ	**330**					
1	น้อยกว่า 300 บาท	25	10.9	2.0	1.744	0.176	-
2	300 – 500 บาท	209	11.7	2.1			
3	มากกว่า 500 บาท	96	11.5	2.0			
	การศึกษาของบิดา	**330**					
1	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	88	11.7	2.0	0.656	0.579	-
2	มัธยมศึกษาตอนต้น	103	11.6	1.9			
3	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	39	11.8	1.6			
4	อนุปริญญา/ปวส. หรือสูงกว่า	100	11.3	2.4			
	การศึกษาของมารดา	**330**					
1	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	83	11.5	2.2	0.725	0.538	-
2	มัธยมศึกษาตอนต้น	90	11.4	2.0			
3	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	56	11.5	1.9			
4	อนุปริญญา/ปวส.	101	11.8	2.1			

ลำดับ	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	t / F	P-value	คู่ที่ต่าง
	รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	**330**					
1	น้อยกว่า 10,000 บาท	24	11.5	1.8	0.368	0.776	-
2	10,000 – 29,999 บาท	134	11.5	2.1			
3	30,000 – 49,999 บาท	95	11.5	1.8			
4	ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	77	11.8	2.3			

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก และวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก และวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ในระดับต่ำ และปานกลางตามลำดับ (r = -0.199 และ -0.494) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกส่วนค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ในระดับปานกลาง (r = 0.439) กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก และวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก	-0.199**	ต่ำ
ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก	0.439**	ปานกลาง
วิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก	-0.494**	ปานกลาง

หมายเหตุ ** หมายถึง P - value < 0.01

ตอนที่ 4 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วิถีชีวิตส่วนใหญ่ครอบครัวจะปรุงอาหารรับประทานเอง ภายในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักเรียนวัยรุ่น ได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ วันที่ไปโรงเรียนก็จะรับประทานอาหารเช้าที่บ้าน โดยแม่เป็นผู้เตรียมอาหาร ส่วนอาหารมื้อเที่ยงจะรับประทานที่โรงเรียน และอาหารมื้อเย็นก็จะรับประทานกับครอบครัว โดยแม่เป็นผู้เตรียมอาหารมื้อเย็น บางวันจะซื้ออาหารสำเร็จรูป อาหารถุงมารับประทานที่บ้าน หรือรับประทานอาหารนอกบ้านหรืออาหารจานด่วนแบบตะวันตกบ้างเป็นบางครั้ง สำหรับกิจกรรมอย่างอื่น เช่น การออกกำลังกาย ได้ออกกำลังกายในชั่วโมงเรียนวิชาพละศึกษาเท่านั้น เนื่องจากไม่มีเวลา เพราะต้องเรียนพิเศษหลังเลิกเรียนและวันเสาร์-อาทิตย์ เกือบทุกวัน

ค่านิยมและพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก เพื่อพบปะสังสรรค์ภายในครอบครัว หรือในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น เลี้ยงฉลองวันเกิด วันสอบเสร็จ นิยมไปรับประทานอาหารในร้านอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ที่ตั้งอยู่ภายในห้างสรรพสินค้า เนื่องจากโดยให้เหตุผลว่า สะดวก อาหารอร่อย โก้เก๋ บรรยากาศดีเหมาะกับวัยรุ่น สามารถนั่งกินและคุยได้นาน และใกล้กับที่เรียนพิเศษซึ่งต้องไปเรียนในวันเสาร์-อาทิตย์ ส่วนใหญ่จะไปกินร่วมกับกลุ่มเพื่อน โดยเฉลี่ยจะไปกินประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากเห็นโฆษณาอาหารดังกล่าวตามสื่อต่างๆ มากมาย ทั้งทาง โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต

อภิปรายผล

เพศหญิงและชาย มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดรอบคอบ รักสวยรักงาม สนใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชาย ประกอบกับผู้เตรียมหรือปรุงอาหารในบ้านส่วนใหญ่ คือ มารดา และการอบรมเลี้ยงดูของไทยเด็กผู้หญิงจะมีความใกล้ชิดมารดามากกว่าเด็กผู้ชาย

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ในระดับดี ($\bar{X}$ = 11.6, S.D. = 2.1) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาริน สาลี (ม.ป.ป.) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี

ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 17.3 ค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ในทิศทางเดียวกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ระดับมาก จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ระดับมากด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากค่านิยมของวัยรุ่นในสังคมไทยปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงไปตามความเจริญก้าวหน้าของธุรกิจด้านอาหาร อิทธิพลของสื่อเทคโนโลยี โดยเฉพาะค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก เพราะสะดวก รวดเร็ว (รุจา, 2557)

วิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ระดับปานกลางและระดับมาก และยังพบว่าวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ในทิศทางตรงกันข้าม แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก็จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ก็จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกระดับมาก

พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกระดับปานกลาง ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ที่เปิดบริการในห้างสรรพสินค้าเพราะบรรยากาศดีและนั่งได้นาน การใช้ร้านอาหารจานด่วนแบบตะวันตก เป็นสถานที่นัดพบกับเพื่อน เพื่อรับประทานอาหารสอดคล้องกับการศึกษาของสำอาง สืบสมาน (2555) ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันการบริโภคอาหารกินด่วนและอาหารขยะของเยาวชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดและจั้งฟู้ด คือ อร่อย รูปลักษณ์ทันสมัย มีจำหน่ายทั่วไป บริการรวดเร็ว สถานที่เหมาะสำหรับนัดพบ สอดคล้องกับการศึกษาของพันธะกิจ ดังก้อง (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารจานด่วน ของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารจานด่วน เนื่องมาจากมีให้เลือกหลายชนิดหลายประเภท ทั้งง่ายและรวดเร็วต่อการรับประทาน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม หรืออาจกล่าวได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ได้แก่ ทางด้านครอบครัวและการปฏิบัติของบิดามารดาในการเตรียมอาหาร มาให้เด็กบริโภค ทำให้ประสบการณ์ในวัยเด็กที่สะสมมาจากครอบครัว ก่อให้เกิดบริโภคนิสัยที่ติดตัวเรื่อยมา ประกอบกับสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และค่านิยมในการบริโภคอาหารของสังคม มีส่วนช่วยพัฒนาทัศนคติและค่านิยมในการบริโภคอาหาร เช่นกัน ส่วนความรู้ทางด้านโภชนาการทั้งจากที่มีอยู่และจากสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร หนังสือ ตลอดจน วิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ ซึ่งเผยแพร่ข่าวสารทางด้านโภชนาการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่ชอบการเลียนแบบและถูกชักจูงได้ง่าย นอกจากนี้กลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลอย่างมาก เพราะวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน

ข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนาควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน โดยเฉพาะนักเรียนวัยรุ่น มีความรู้ความตระหนักและความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ความต้องการสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นและครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตก ให้เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นนักเรียนชั้นประถมศึกษา เพราะวิถีชีวิตและการใช้ชีวิตของนักเรียนในวัยนี้ ค่อนข้างใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายนี้ เช่น การเรียนพิเศษ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิถีชีวิตกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกของบุคคลในวัยต่างๆ

3. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนด้านอื่นๆ ด้วยโดยเฉพาะอิทธิพลของการโฆษณา กลุ่มเพื่อน บุคคลในครอบครัว เพื่อค้นหาข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนที่ถูกต้องเหมาะสม ...■

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2550 - 2559. เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 11/2555 วันที่ 20 ธันวาคม 2555., 2555.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. รายงานประจำปี 2558. ชุมพร : ชุมพรพริ้นแอนด์ดีไซด์., 2558.

วิไลวรรณ คงกิจ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของเด็กวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ., 2548.

สุขุมาลย์ ประสมศักดิ์. พฤติกรรมบริโภคอาหารจานด่วน ศึกษากรณีนักศึกษามหาวิทยาลัยรัฐบาลและมหาวิทยาลัยเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. คณะศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น., 2552.

มาริน สาลี. (ม.ป.ป.). พฤติกรรมการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร (บทคัดย่อ) วิทยานิพนธ์ คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

รุจา ภู่ไพบูลย์. ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of planned Behavior) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวัยรุ่น. รามาธิบดีพยาบาลศาสตร์ 10 (1) : 10 - 12, 2557.

สำอาง สืบสมาน. แนวทางสร้างภูมิคุ้มกันการบริโภคอาหารกินด่วนและอาหารขยะของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย., 2555.

พันธกิจ ดังก้อง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดของนักศึกษาสถาบันราชภัฏเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่., 2556.

งานวิจัย

โดย...มารศรี ก้วนหิ้น
(พบ.) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช
อุไร เจรประพาฬ
(Ph.D.) สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
อุไรวรรณ พานทอง
(พบ, พยม.) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช : การศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา

Development of Nurses Competencies who work in Health Promoting Hospital in Nakhon Si Thammarat province : Research Preparation

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในระยะที่ 1 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 208 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบประเมินตนเองของพยาบาลวิชาชีพฯ 2) แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล 3) จัดประชุมเพื่อสร้างเวทีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะ และออกแบบแผนงานโครงการการพัฒนาฯแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศ ใน 5 ด้าน คือ ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยต่อเนื่อง ด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ และด้านทักษะการทำหัตถการ 2) ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ประกอบด้วย 2.1) การพัฒนาสมรรถนะเชิงระบบ เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถบูรณาการทำงานแบบภาพรวมเชิงระบบได้ 2.2) การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นให้มีระบบการบันทึกทางการพยาบาล 2.3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ยึดแนวทางการดำเนินงานตามกฎบัตรออตตาวา 2.4) ด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยต่อเนื่อง เน้นการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยระยะท้าย และ 2.5) ด้านหัตถการ เน้นเรื่องการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะทุกปี และจากข้อเสนอความต้องการ

การพัฒนานำมาสู่การจัดทำแผนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 3 โครงการย่อย คือ 1) การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล 2) การพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาล แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อดำเนินการพัฒนาในการศึกษาระยะถัดไป

คำสำคัญ : สมรรถนะพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การพัฒนาสมรรถนะ

Abstract

The first phase of participatory action research aimed to develop the nursing competency in Health Promoting Hospital in Nakhon Si Thammarat. Two hundred and eight nurse participants were enrolled in to the study. The data were collected by 1) self assessment of nursing competency tool 2) in-depth interviewand focus group to finding nursing competency base on competencies of Thai nursing council 3)discussion meeting to analyzed problems and needs of development and also to planning projects of participatory action development. All qualitative data were evaluated via content analysis and quantitative were evaluated by descriptive statistics.

The first phase of study found that 1) 5 cores of nursing competency which most of nurses can do without advisor such as nursing process, nursing for health promotion and prevention, continuing care, nursing for family and midwifery and primary medical procedures 2) problems and needs to develop 2.1) nursing competency system due to most of nurses lack of integration for nursing management 2.2) nursing process focus on nursing record in electronic database 2.3) the health promotion and prevention base on The Ottawa Charter for Health Promotion 2.4) continuing care focus on development of nursing in palliative care and 2.5) primary medical procedures focus on update knowledge and clinical practice.

The final of this study had 3 sub-projects planning including to 1) development of nursing record in electronic database 2) development of nursing in palliative care and 3) development of nursing network who work in Health Promoting Hospital in Nakhon Si Thammarat.

Keywords : Development of competency, Competencies in Health Promoting Hospital

บทนำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี 2560 - 2564) มุ่งเน้นการบริการในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่สามารถสร้างความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาวะของประชาชน (จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, 2557) โดยการที่องค์การจะมีผลงานบรรลุเป้าหมาย บุคลากรในสถานบริการต้องมีสมรรถนะ และความสามารถที่สอดคล้องกับสมรรถนะขององค์การ เนื่องจากสมรรถนะส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ (นิสดาร์ เวชยานนท์, 2551)

โดยความหมายของสมรรถนะ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Competency หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะบุคคล (Attributes) โดยสมรรถนะยังได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน การศึกษา และการได้รับการอบรมเพิ่มเติม (Gaghie M. et al., 1978)

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และสมรรถนะของพยาบาล รวมถึงมาตรฐานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้บริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย, 2556) โดยสมรรถนะพยาบาล เป็นการบูรณาการความรู้ทักษะ ประสบการณ์และเจตคติ เพื่อดูแลผู้ป่วย เป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการและคุณลักษณะของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (ประชิด ศราธพันธ์, 2555) รวมถึงสมรรถนะของพยาบาลยังช่วยลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดขณะปฏิบัติงานและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเรื่องสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าค่าเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนในภาพรวม และรายบุคคลมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ส่วนสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรี และคณะ, 2559) และจากการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยส่วนใหญ่จะมีการศึกษาเรื่องสมรรถนะของพยาบาลในโรงพยาบาลเท่านั้น (นัยนา กล้าขยัน, 2554 ; สมศรี เชตะวัน, 2553)

ปัจจุบัน สภาการพยาบาลได้กำหนดและจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย, 2556) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เป็นคู่มือในการประเมินและพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลไว้ 8 สมรรถนะ คือ 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 5) สมรรถนะด้านวิชาการ และการวิจัย 6) สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 8) สมรรถนะด้านสังคม แต่ความเป็นจริงจากการสำรวจ พบว่า ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติบางสมรรถนะได้แก่ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พบว่า ยังไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของสมรรถนะในบางกิจกรรม 2) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ พบว่า มีข้อจำกัดในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จากสาเหตุข้อจำกัดด้านภาระงานมาก ขาดแรงจูงใจ งบประมาณ และนโยบายจากผู้บริหารระดับสูง 3) ด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ แสดงให้เห็นว่ายังขาดโอกาสพัฒนาในการเป็นผู้นำในทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และไม่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายขององค์กร 4) ด้านวิชาการและการวิจัย ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา องค์ความรู้ แรงจูงใจ ทุนสนับสนุน และนโยบายส่งเสริมการทำวิจัย 5) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการมีสัมพันธภาพเชิงบวกทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน แต่สัมพันธภาพระหว่างบุคคลากรวิชาชีพอื่นในสถานบริการ บางครั้งอาจมีข้อขัดแย้งจากความคิดเห็นและทรรศนะคติที่แตกต่างกัน 6) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ พบว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์โปรแกรมใช้งานพื้นฐาน

แต่ขาดความรู้เรื่องการใช้โปรแกรมเฉพาะ มีการเก็บข้อมูล แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน การทำงานส่วนใหญ่ทำงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เท่านั้น 7) ด้านสังคม พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีการวิเคราะห์จากการดึงข้อมูลในชุมชน มาจัดทำโครงการให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม แต่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ พยาบาลไม่มีเวลาในการจัดการข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา เนื่องจากภาระงานมาก และไม่มีอำนาจในการวางแผนการทำงานอย่างเป็นอิสระ

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่เป็นไปตามข้อกำหนดที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ใช้บริการในเขตพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด เพื่อนำไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและปัญหาความต้องการในการพัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “**การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช**” ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยออกแบบการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนา 2) พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ และ 3) ประเมินและสิ้นสุดการพัฒนา โดยทุกระยะของการศึกษาใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทักการ์ท (kemmis & Mc Taggart, 1988) 4 ขั้นตอน (การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อน) เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในทุกขั้นตอนของการศึกษา

บทความวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ก่อนการพัฒนามีขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลก่อนการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย 1.1) การประเมินสมรรถนะตนเองของพยาบาลวิชาชีพฯ 1.2) การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในรพ. สต. เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ 2) จัดการประชุมเพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลฯแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2.1) การวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลและสถานการณ์การปฏิบัติจริง 2.2) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ และ 2.3) จัดเวทีเพื่อร่วมออกแบบแนวทางการพัฒนาและจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ ศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 254 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 208 คน ดำเนินการวิจัยในระยะแรกตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินตนเองด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ที่ดัดแปลงแนวคำถามจากคู่มือการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล (2556) 2) แบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง และหัวข้อการสนทนากลุ่ม สร้างจากการระดมความคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ทดลองใช้และปรับปรุงให้เหมาะสม ประกอบด้วย 2.1) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาสมรรถนะและการปฏิบัติจริงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. 2.2) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลตามสถานการณ์การปฏิบัติจริง และ 2.3) แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สรุปผลข้อมูลหลังรวบรวมข้อมูลเสร็จอีกครั้งเพื่อสร้างข้อสรุปจากการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์ก่อนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. ในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ที่นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และแผนการพัฒนาสมรรถนะแบบมีส่วนร่วม ดังรายละเอียด

1. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของของพยาบาลวิชาชีพฯ จากการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 47.1) อายุการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 21 - 30 ปี (ร้อยละ 36.1) มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนเป็นระยะเวลา 1 - 10 ปี (ร้อยละ 55.8) จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดใน รพ.สต. 1 - 3 คน (ร้อยละ 66.8) และมีจำนวนพยาบาลประจำอยู่แห่งละ 1 - 3 คน (ร้อยละ 92.8) ส่วนใหญ่ได้รับ การฝึกอบรมสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาพยาบาลเบื้องต้น) ร้อยละ 75.9 ส่วนการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ ได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 15.34 และในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานรักษาพยาบาล (ร้อยละ 78.1) และงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 61.9)

1.2 การประเมินสมรรถนะตนเองด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า พยาบาลฯ ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในระดับที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 63.2 ในประเด็น 1.1) การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน 1.2) ประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพ 1.3) การวิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยการพยาบาล 1.4) การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1.5) การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล 1.6) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับเป้าหมาย/ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและสามารถบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบันตามกระบวนการพยาบาล

2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่า พยาบาลวิชาชีพฯส่วนใหญ่มีสมรรถนะในระดับที่สามารถปฏิบัติได้และสามารถสอน ให้คำแนะนำผู้อื่นได้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 48.6 ในประเด็น 2.1) การให้ภูมิคุ้มกันโรค 2.2) การให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปกติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะในระดับที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 57.8 ในเรื่อง 2.3) การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลแต่ละวัย 2.4) การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ 2.5) การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงต่อโรค และความเจ็บป่วย 2.6) มีความรู้ในหลักการสร้างเสริมสุขภาพ หลักการทางสุขศึกษา หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ 2.7) วางแผนการสร้างเสริมสุขภาพบุคคล และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม วิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและนำมาใช้ในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วยแก่ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้

3) ด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่มีสมรรถนะในระดับที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.0 ในด้าน 3.1) การประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันฉุกเฉิน และเรื้อรัง ได้อย่างปลอดภัย 3.2) ใช้หลักการและเทคโนโลยีบำบัดทางการพยาบาล ในการจัดการอาการการดูแลความสุขสบาย การเฝ้า ระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การลุกลามของโรค และความพิการ รวมทั้งการส่งเสริมการฟื้นหาย ที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ใช้บริการ 3.3) ใช้หลักการดูแลต่อเนื่อง หลักการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้บริการ และครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ 3.4) สามารถใช้หลักการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3.5) สามารถวิเคราะห์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น แสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) ด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ พบว่า 4.1) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้ค่าเฉลี่ยร้อยละ 53.9 ในด้าน 4.1.1) การดูแลหญิงและครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอดและทารกแรกเกิด ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน 4.1.2) การคัดกรองภาวะเสี่ยง ภาวะ แทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม 4.1.3) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4.1.4) การให้บริการวางแผนครอบครัวตามขอบเขตวิชาชีพ 4.2) ข้อด้อยในการพัฒนาที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 45.0 ในด้าน 4.2.1) การทำคลอดปกติและช่วยเหลือแพทย์ในการทำสูติศาสตร์ 4.2.2) ความสามารถในการสอนแนะนำให้คำปรึกษา เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 4.2.3) การเตรียมความพร้อมในการมีครอบครัวการเตรียมตัวเป็นบิดามารดา การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการปฏิบัติตนในทุกระยะของการตั้งครรภ์ และการคลอด และหลังคลอด 4.2.4) การสร้างเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา ทารก และครอบครัวในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5) ด้านทักษะการทำหัตถการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพฯ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ โดยไม่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศ ในด้านปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปได้แก่ การประเมินอาการสัญญาณชีพ ฟังเสียงทารกในครรภ์ (ร้อยละ 77.0) และสามารถปฏิบัติได้ สอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้ในเรื่องการทำแผล (ร้อยละ 74.5) และไม่มีประสบการณ์หรือมีความรู้ทฤษฎีอย่างเดียว ในด้านการจี้หูด จี้ตาปลา (ร้อยละ 40.0) การผ่าตัดเลาะก้อนไขมัน ในบริเวณที่ไม่เป็นอันตราย (ร้อยละ 24.0) ตามลำดับ

2. ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพฯที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการจัดประชุมเพื่อเปิดเวทีให้พยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของตน ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ผลการวิเคราะห์พบปัญหาและความต้องการการพัฒนาทั้งเชิงระบบ และการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ปัญหาและความต้องการพัฒนาสมรรถนะเชิงระบบของพยาบาลวิชาชีพฯ ได้ข้อสรุปว่า พยาบาลทำงานแยกส่วนๆทำให้มองภาพรวมในการทำงานไม่ได้ ดังนั้นจึงเสนอให้มีพัฒนาการสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯให้เป็นเชิงระบบมากขึ้น ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าด้านต่างๆ ทั้งด้านอัตรากำลังคน ความรู้และทักษะในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงความรู้ที่มีสู่การปฏิบัติได้ รวมทั้งพัฒนาปัจจัยสนับสนุนการทำงานเชิงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การจัดให้มีระบบบันทึกทางการพยาบาลในระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของประเทศ (JHCIS) เพื่อให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการปฏิบัติงาน เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลที่ต่อเนื่อง การดูข้อมูลสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมาย และใช้ทบทวนสมรรถนะให้ชัดกว่าเดิม ตลอดจนสร้างแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) ให้มีทุกงานกิจกรรมในหน่วยงาน นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนให้เกิดระบบการทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพฯ โดยการพัฒนาระบบเครือข่ายการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. รวมทั้งพัฒนาการทำงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพิ่มช่องทางการประสานโดยใช้ระบบการสื่อสารออนไลน์ จนไปถึงการพัฒนาเป็นสุนทรียะสนทนาร่วมกันกับ อปท. และ รพ. สต. และที่สำคัญควรเน้นพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการ โดยการพัฒนาทีมปฏิบัติงานด้านวิชาการระดับสาธารณสุขอำเภอ และระดับจังหวัด เพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพการวิจัยจากงานประจำ (R2R) นวัตกรรม และเรื่องเล่า เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาผ่านวิธีการจัดประชุมวิชาการประจำปี และเกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลฯ ให้สามารถสร้างแนวทางการพัฒนาระบบการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินพยาบาลให้ชัดเจนในที่สุด

2.2 ปัญหาและความต้องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการปฏิบัติในแต่ละด้าน

2.2.1 ปัญหาด้านการใช้กระบวนการพยาบาลที่ทุกคนพบได้แก่การขาดข้อมูลสำหรับใช้ประเมินชุมชน นำมาสู่การวางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางการพยาบาลอย่างแท้จริง ทำให้ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ยืนยันการดูแลทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงของวิชาชีพ ดังนั้นที่ประชุมจึงต้องการพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลให้คุณภาพ ประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นในการจัดการแฟ้มครอบครัว ให้เป็นแบบเดียวกัน เพื่อสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาลพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (JHCIS) ให้มีข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้มีรหัสกิจกรรมทางการพยาบาล ตามรหัสการพยาบาลสากล (ICNP : International Council Nursing Practice) เพื่อสร้างหลักฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับใช้เป็นข้อมูลยืนยันการทำงานของพยาบาลให้ชัดเจนมากขึ้นและพัฒนาทักษะพยาบาลให้สามารถใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้ **“ทำระบบการบันทึกให้เป็นของพยาบาล ควรมีช่องการทำงานของพยาบาลให้ลงบันทึก ฝากถึงผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ช่วยพัฒนาระบบให้มีความชัดเจน”** พยาบาลวิชาชีพฯ (รหัส 003)

2.2.2 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพฯ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่าพยาบาลวิชาชีพฯยังไม่สามารถออกแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคได้เนื่องจากขาดทักษะการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อื่น ๆ ยังคงทำงานเน้นกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในที่ประชุมเสนอว่าควรทำงานโดยยึดหลักแนวคิดในภาพรวมโดยใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) (WHO, 1986) และควรวางแผนการฝึกอบรมความรู้และทักษะเฉพาะด้านประจำปี จัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) ที่ใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน

2.2.3 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพฯ ด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ว่าขาดทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย และทำงานแยกส่วนไม่เป็นระบบ ให้เน้นการทำงานเชิงระบบ และดำเนินการให้ระบบข้อมูล JHCIs สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลที่ต่อเนื่อง การดูข้อมูลสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนได้ อีกทั้งควรสร้างหลักฐานในการทำงานให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนสมรรถนะให้ชัดกว่าเดิม ตลอดจนสร้างแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guideline) ให้มีทุกงานกิจกรรมในหน่วยงาน นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนให้เกิดระบบการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพิ่มช่องทางการประสานโดยใช้ระบบการสื่อสารออนไลน์ จนไปถึงการพัฒนาเป็นสุนทรียะสนทนาร่วมกันกับ อปท. และ รพ. สต. และที่สำคัญควรเน้นพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และศักยภาพด้านวิชาการ โดยการพัฒนาทีมปฏิบัติงานด้านวิชาการระดับสาธารณสุขอำเภอ และระดับจังหวัด เพื่อช่วยในการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพการวิจัยจากงานประจำ (R2R) นวัตกรรม และเรื่องเล่า เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาผ่านวิธีการจัดประชุมวิชาการประจำปี

2.2.4 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพฯ ด้านการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นการเชื่อมต่อ ส่งข้อมูลกับหน่วยบริการขั้นทุติยภูมิ และขาดความรู้และทักษะเรื่องการให้วัคซีนแบบใหม่ จึงเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นความสำคัญในการเติมเต็มข้อมูลเหล่านี้ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต. ด้วย

2.2.5 ปัญหาและความต้องการการพัฒนาสมรรถนะของของพยาบาลวิชาชีพฯ ด้านหัตถการและทักษะ/เทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพฯพบปัญหาด้านทักษะการรักษาเบื้องต้นที่ไม่ได้ทำบ่อย เช่น ทักษะการจี้หูด การช่วยฟื้นคืนชีพในเด็ก เป็นต้น ดังนั้นจึงเสนอให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะเหล่านี้ทุกปี

3. แผนการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ นำมาสู่การกำหนดแผนงาน โครงการเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ แบบมีส่วน โดยในที่ประชุมได้นำเสนอแผนงานเพื่อดำเนินโครงการ การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 3 โครงการ คือ 1) การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาล 2) การพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลเพื่อให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ 3) การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช ดังรายละเอียด

โครงการที่ 1 การพัฒนาระบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีข้อมูล

สนับสนุนในกระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแล และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพและใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้

โครงการที่ 2 การพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลด้านดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ จนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ให้เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติต้องพึ่งพาพยาบาลในชุมชน มีความคาดหวังในตัวพยาบาลในการช่วยเหลือในทุกเรื่อง ในขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายและทักษะการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่ญาติในการเตรียมผู้ป่วยและญาติในระยะใกล้เสียชีวิต ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นำมาสู่การดำเนินโครงการพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย และเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการที่ 3 การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อสร้างเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งสามารถประสานงานและแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย เพื่อสร้าง พัฒนาองค์ความรู้และทักษะทางการพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีส่วนร่วม

สรุปอภิปรายผล

จากการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน รพ. สต. ก่อนการพัฒนาพบว่า สมรรถนะที่สามารถปฏิบัติได้เองโดยไม่มีผู้แนะนำนิเทศส่วนใหญ่ ได้แก่ สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ และด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่วนสมรรถนะด้านทักษะการทำหัตถการส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้และสอนผู้อื่นได้ด้วย เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 21-31 ปีและเคยทำงานในโรงพยาบาลมาก่อนและส่วนใหญ่ได้ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไปมาแล้ว (ร้อยละ 75.9) สอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของเบนเนอร์ (Benner, 1984) ที่อธิบายว่า พยาบาลที่มีสมรรถนะระดับเชี่ยวชาญเกิดจากการพัฒนาทักษะและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากทั้งการศึกษาและการสั่งสมประสบการณ์ผ่านช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมยาวนาน โดยความรู้และทักษะเกิดจากการศึกษาความรู้และการฝึกประสบการณ์ โดยเบนเนอร์ได้แบ่งสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับเริ่มฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (novice) คือ พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ปฏิบัติงานไม่เกิน 1 ปี มีประสบการณ์น้อยต้องการความช่วยเหลือและได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรในทีม 2) ระดับผู้เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (advanced beginner) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 - 2 ปี สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง บริหารจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงกว่า 3) ระดับผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติ (competent) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งงานเดิม 2 - 3 ปี โดยไม่มีการโยกย้าย สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ดี โดยมีความรู้และเข้าใจบริบทของงานที่รับผิดชอบเพื่อวางแผนงานในระยะยาวได้อย่างเหมาะสม 4) ระดับที่มีความชำนาญ (proficient) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะความสามารถและประสบการณ์งานเดิม 3 - 5 ปี มีความรู้ความเข้าใจปัญหาของระบบงานอย่างเป็นองค์รวม

สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) ระดับเชี่ยวชาญ (expert) ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานเดิมมากกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก สามารถตัดสินใจและเลือกวิธี การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม ถึงแม้พยาบาลส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องมีผู้นิเทศ แต่เมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะที่สภาการกำหนดแล้ว พยาบาลวิชาชีพฯ ส่วนใหญ่ยังร่วมกันระบุว่า ยังต้องมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลทั้งระบบ และเน้นทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำใช้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ ผู้คนสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพ ให้กับตนได้ (เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, 2555) โดยเน้นให้สังคมได้เห็นว่า พยาบาลสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมในเชิงระบบโดยเชื่อมโยงวิธีคิด สู่วิธีทำ โดยการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวางแผน ดำเนินการและประเมินผลการดูแลทั้งระบบ ทำให้เกิดการสร้างนโยบายห่วงใยสุขภาพ (สำนักงานเลขาธิการผู้แทนราษฎร, 2558) จนนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะของแต่ละชุมชนในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษานี้ชี้นำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือทบวงมหาวิทยาลัยให้มีการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพฯ ที่ปฏิบัติงานในรพ. สต. ให้สามารถทำงานในชุมชนได้โดยการศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นก่อนการพัฒนา และสร้างกระบวนการวิเคราะห์และกำหนดทิศทางการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม จึงจะทำให้กระบวนการพัฒนาสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลอย่างแท้จริง และควรนำผลการศึกษาไปต่อยอดในการวางแผนรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพฯ ที่ปฏิบัติงานใน รพ. สต.ในด้านต่างๆ ที่ยังคงมีปัญหาในโอกาสต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมแกนนำพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและระดมความคิด ร่วมวางแผนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาโดยตลอดจนครบกระบวนการศึกษา ...■

บรรณานุกรม

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ. สมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ; 3 : 52 - 65., 2559.

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์. สมรรถนะพยาบาลชุมชน : พยาบาลชุมชนก้าวหน้าสุขภาวะชุมชนก้าวไกล. เอกสารถอดบทเรียน, บทคัดย่อ, เรื่องเล่าชาวสาธารณสุข การประชุมวิชาการพยาบาลชุมชนระดับชาติ ครั้งที่ 9., 2557.

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. คู่มือการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร : บริษัททีคิวพีจำกัด., 2552.

ประชิด ศราธพันธ์. สมรรถนะพยาบาล. 17 พฤษภาคม 2555. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2560 จาก http://www.ns.mahidol.ac.th

นัยนา กล้าขยัน. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา., 2554.

นิสดาร์ เวชยานนท์. มิติใหม่ในการบริหารทุนมนุษย์ : บทความวิชาการ. คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์., 2551.

วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย. คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร : บริษัทจุดทองจำกัด., 2556.

สมศรี เชตะวัน. การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่., 2553.

สมหมาย จันทร์เรือง : หนังสือพิมพ์มติชน วันที่ 7 กรกฎาคม 2558 สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2560 จาก: https://www.hfocus.org

สำนักงานเลขาธิการผู้แทนราษฎร. รายงานของคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ ; 24 สิงหาคม 2558 สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2560 จาก: https://mktpharma.wordpress.com/tag

เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ. Module 1: Health Systems Management: Health Promotion. 2555 สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2560 จาก: https://www.gotoknow.org/posts/477308

Benner P. Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison- Wesley; Menlo Park., 1984.

Kemmis, S., & McTaggart, R. The Action Research Planner (3rded.). Geelong, Australia: Deakin University Press., 1988.

McGaghie WC, Miller GE, Sajid AW, Telder TV. Competency-based curriculum development in medical education. Geneva : World Health Organization; [cited 2015 Jun 7]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/php/ WHO_PHP_68.pdf., 1978.

Ottawa Charter for Health Promotion. In: Health Promotion. Vol. 1.Geneva, Switzerland: World Health Organization; : iii–v.,1986.

โดย...ชุติวรรณ น้อยนันตา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงาน ตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี

A study on Knowledge, Attitude, and Participation in Planfin of the District Health Coordinating Committee (DHCC) in Lopburi.

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)ในจังหวัดลพบุรี กลุ่มเป้าหมายคือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี 11 อำเภอ ที่มีบทบาทในการบริหารด้านการเงิน จำนวน 117 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 15.4 ± 1.32 ค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติ 19.64 ± 1.29 และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วม 90.46 ± 23.48 เมื่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยการดำเนินงานกับความรู้ทัศนคติ และ การมีส่วนร่วมตามแผนการเงินการคลัง พบว่า ปัจจัยด้านเพศและระดับการศึกษาที่ดี มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และ 0.05 ตามลำดับ ด้านปัจจัยสนับสนุนพบว่า การมีประสบการณ์หน้าที่ใน คปสอ. การเข้าร่วมประชุมใน คปสอ ในรอบ 1 ปี และการมีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, 0.04 และ 0.01 ตามลำดับและปัจจัยด้านการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง พบว่าการได้รับทราบผลงานในระดับ คปสอ. การมีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงานการเข้าประชุมและจัดทำแผนการเงินการคลังในระดับ cup ในรอบ 1 ปี การมีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงาน

การมีบทบาทเป็น CFO ของเครือข่ายบริการสุขภาพและการนำแผนการเงินการคลังมาติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติการในที่ประชุม คปสอ., รับทราบผลการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับ CUP และมีส่วนร่วมการเสนอแนะ ข้อคิดเห็นหรือการแก้ไขปัญหาทางการเงินในระดับ CUP จะส่งผลให้มีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02, 0.02, 0.04, 0.04, 0.00, 0.00, 0.00, และ 0.00 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในการจัดมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ชัดเจนเพื่อผลักดันให้เกิดความร่วมมือในองค์กร ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมประชุม มีส่วนร่วมการเสนอแนะข้อคิดเห็นและแก้ไขปัญหาจะส่งผลต่อการเพิ่มองค์ความรู้ให้กับผู้บริหารและแกนนำด้านการเงินการคลังและทัศนคติที่ดีเพื่อให้การจัดทำแผนการเงินการคลังมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ ทัศนคติ, การมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง

Abstract

Objective : The purpose of this study was to assess knowledge, attitude, and participation in Planfin of the District Health Coordinating Committee (DHCC) in Lopburi.

Methodology : The study was a survey research, A sample was selected by the staffs being responsible for financial management in 11 District Health Coordinating Committee (DHCC) in Lopburi Province. The instruments used in the study was a Questionnaires were involved the knowledge, attitude and participation in Planfin of DHCC in Lopburi Province. The data were analyzed by using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and correlation.

The result : There was 4 important findings in this study. Firstly, the mean of knowledge, attitude, and participation in Planfin is on the middle by the average was 15.4, 19.64 and 90.46, the standard deviation was 1.32, 1.29 and 23.48. Secondly, the statistic on the correlation between sex and high education of participation in Planfin were significant difference at the 0.02 and 0.05 level of department. Thirdly, The supportive of Factors, who had the good attitude, more experience had the meeting and had the function in DHCC was affecting in participation in Planfin were significant difference at the 0.00, 0.04 and 0.01 level of department. Forthly, The factors of Planfin was shown that who had the good knowledge, good working attitude, make the Planfin in the own's office, had the meeting regularly, played as CFO, had monitoring and evaluation intermittently and had participated to suggest their advices in the level of CUP was affective in participation in Planfin were significant difference at the 0.02, 0.02, 0.04, 0.00, 0.00, 0.00 and 0.00 level of department.

Conclusion : The result suggests that knowledge and attitudes affect Planfin practices, participation in solving the problems, making decisions and plans, and operations as well as high evaluation less than 20 percent. However, they affect 20 percent of the operations. Based on the abovementioned, it leads to ineffectiveness of preparation of the financial plan. Therefore, standard and appropriate operational manuals need to be clearly determined in order to foster cooperation, and increase knowledge of financial management more and more effectively.

Keywords : knowledge, attitude, Financial/Planfin practice

บทนำ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นหน่วยบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งปัจจุบันมีการใช้หน่วยคู่สัญญาที่ทำหน้าที่รับจัดบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิตามเงื่อนไขของการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่าเป็น Contracted Unit of Primary care (CUP) ซึ่งสามารถขึ้นทะเบียนได้ทั้งภาครัฐและเอกชนสำหรับกระทรวงสาธารณสุขที่มีโครงสร้างหน่วยงานภายใต้ระบบราชการอยู่แล้ว CUP จึงเป็นกลไกที่เกิดขึ้นท่ามกลางโครงสร้างวัฒนธรรมการทำงานในการบริหารจัดการที่มีอยู่เดิมและด้วยข้อจำกัดมากมายการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่จึงเป็นความท้าทายและความพยายามในการพัฒนาของผู้วิจัย

ระบบการเงินการคลัง เป็นนโยบายหลักสำคัญที่นำมาบริหารจัดการและพัฒนาภายใน CUP ให้ขับเคลื่อนได้ภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร โดยที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รับนโยบายจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำมาถ่ายทอดสู่หน่วยบริการให้มีการจัดทำแผนการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งวางแผนกำกับดูแลให้มีการดำเนินงานตามแผน โดยคาดหวังว่าคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายจากโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุขฯ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ ส่วนหนึ่งร่วมเป็นคณะกรรมการการเงินการคลัง (Chief Financial Officer : CFO) ได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ ทัศนคติและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการเงินการคลังเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน โดยเฉพาะโรงพยาบาลซึ่งเป็นแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นลูกข่าย ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการเงิน ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในฐานะนักวิเคราะห์นโยบายและแผน เห็นว่าการพัฒนาเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน จำเป็นต้องทราบระดับความรู้ ทัศนคติ ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง (Planfin) ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยการดำเนินงานกับความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง กับความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ดำเนินการศึกษากับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี 11 อำเภอ ที่มีบทบาทในการบริหารด้านการเงิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี 11 อำเภอ ที่ทำหน้าที่ด้านการเงินการคลัง จำนวนทั้งสิ้น 117 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ

2. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ

3. แบบสอบถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ดำเนินการวิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในจังหวัดลพบุรี 11 อำเภอจำนวน 117 คน ตามรายชื่อคณะกรรมการ ให้ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นส่งคืนแบบสอบถามให้ผู้ดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินงาน

เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 4 - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัยดังนี้

1. **ด้านปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่จำนวน 69 คน (59.00) อายุ 41 - 50 ปี จำนวน 57 คน (48.70) มีอายุราชการมากกว่า 20 ปี จำนวน 87 คน (74.4) จบการศึกษาระดับสูงสุดปริญญาตรี จำนวน 73 คน (62.40) ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 39 คน (33.30) ส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการ คปสอ. จำนวน 79 คน (67.50) มีประสบการณ์ในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) น้อยกว่า 5 ปี สูงสุด จำนวน 36 คน (30.80) ระยะเวลาทำงานในอำเภอปัจจุบัน 20 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน (47.00) การเข้าร่วมประชุมในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่เข้าร่วมทุกครั้ง จำนวน 55 คน (47.00) การเข้าประชุมและจัดทำแผนการเงินการคลังในระดับ CUP ในรอบ 1 ปี เข้าร่วมทุกครั้งสูงสุด จำนวน 67 คน (57.30) มีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงานสูงสุด จำนวน 96 คน (82.10) มีบทบาทเป็น CFO ของเครือข่ายบริการสุขภาพสูงสุด จำนวน 78 คน (33.30) การนำแผนการเงินการคลังมาติดตามผลการดำเนินงานเป็น

ระยะ ในที่ประชุม คปสอ. ส่วนใหญ่นานๆ ครั้งสูงสุด จำนวน 77 คน (65.80) การรับทราบผลการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับ CUP ส่วนใหญ่ทราบบ้างสูงสุด จำนวน 80 คน (68.40) การมีส่วนร่วมการเสนอแนะ ข้อคิดเห็นหรือการแก้ไขปัญหาทางการเงินในระดับ CUP ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมบ้างสูงสุด จำนวน 80 คน (68.40)

2. **ระดับความรู้ ทัศนคติการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง**

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้ ทัศนคติในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังโดยอิงกลุ่มค่าเฉลี่ย

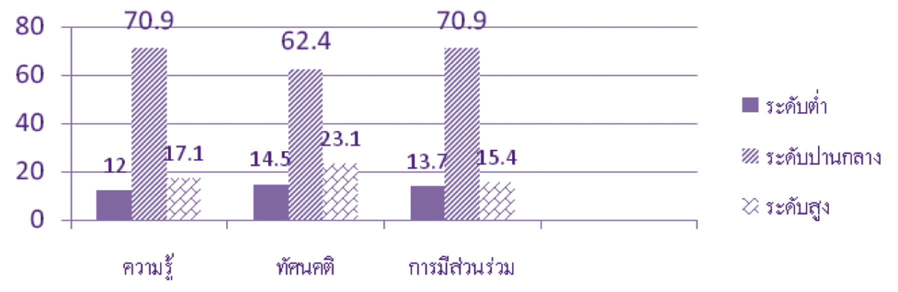
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	7.87	1.32	ปานกลาง
ทัศนคติ	19.64	1.29	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังจำแนกรายด้านโดยอิงกลุ่มค่าเฉลี่ย

การมีส่วนร่วมดำเนินงาน ตามแผนการเงินการคลัง	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา	14.53	4.18	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน	16.58	5.58	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	47.90	12.97	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	11.42	3.65	ปานกลาง
รวม	90.46	23.48	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดำเนินงาน ตามแผนการเงินการคลังภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง



แผนภูมิ 1 แสดงระดับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง

พบว่ามีความรู้ต่อการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับต่ำจำนวน 14 คน(12.00) ระดับปานกลาง จำนวน 83 คน (70.90) ระดับสูง จำนวน 20 คน (17.10) มีทัศนคติต่อการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับต่ำ จำนวน 17 คน (14.50) ระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (62.40) ระดับสูง จำนวน 27 คน (23.10) มีการร่วมมือในการค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหาระดับต่ำ จำนวน 21 คน(17.90) ระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (62.40) ระดับสูง จำนวน 23 คน (19.70) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินการระดับต่ำจำนวน 17 คน (14.50) ระดับปานกลาง จำนวน 77 คน (65.80) ระดับสูง จำนวน 23 คน (19.70) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระดับต่ำ จำนวน 18 คน (15.40) ระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (62.40) ระดับสูง จำนวน 26 คน (22.20) มีส่วนร่วมในการประเมินผลระดับต่ำ จำนวน 12 คน (10.30) ระดับปานกลาง จำนวน 84 คน (71.80) ระดับสูง จำนวน 21 คน (17.90)

3. **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์**

ปัจจัย	ความรู้	ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนการเงินการคลัง
ปัจจัยส่วนบุคคล			
1. เพศ			*
2. อายุ			
3. อายุราชการ			
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			*
5. ตำแหน่งตามวิชาชีพ			
ปัจจัยสนับสนุน			
6. บทบาทหน้าที่ใน คปสอ.			
7. ประสบการณ์ หน้าที่ในคปสอ.		*	*
8. ระยะเวลาทำงานในอำเภอปัจจุบัน			
9. การเข้าร่วมประชุมในคปสอ.ในรอบ 1ปี		*	
ปัจจัยด้านการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง			
10. การเข้าประชุมและจัดทำแผนการเงินการคลังในระดับ cup ในรอบปี			*
11. การมีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงาน		*	*
12. การมีบทบาทเป็น CFO ของเครือข่ายบริการสุขภาพ			*

ปัจจัย	ความรู้	ทัศนคติ	การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนการเงินการคลัง
13. การนำแผนการเงินการคลังมาติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ในที่ประชุม คปสอ.			*
14. การรับทราบผลการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับ CUP	*		*
15. การมีส่วนร่วมการเสนอแนะ ข้อคิดเห็นหรือการแก้ไขปัญหาทางการเงินในระดับ CUP			*

* p≤ .05

4.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังพบว่าบุคลากรที่มีเพศต่างกัน และระดับการศึกษาที่ดีจะส่งผลให้มีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และ 0.05 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เหลือไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังที่นัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนกับความรู้ ทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังผู้ที่มีทัศนคติที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบ-การณ์ หน้าที่ใน คปสอ. และเข้าร่วมประชุมใน คปสอ ในรอบ 1 ปี ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และ 0.04 และผู้ที่มีประสบการณ์ หน้าที่ใน คปสอ.จะส่งผลให้มีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01ปัจจัยสนับสนุนที่เหลือไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังที่นัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง กับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังพบว่าผู้ที่มีความรู้ดีเป็นผู้ที่ได้รับทราบผลการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับ cup อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และผู้ที่เข้าประชุมและจัดทำแผนการเงินการคลังในระดับ cup ในรอบปี, มีบทบาทในการจัดทำแผนการเงินการคลังในหน่วยงาน, มีบทบาทเป็น CFO ของเครือข่ายบริการสุขภาพ, มีการนำแผนการเงินการคลังมาติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ในที่ประชุม คปสอ., รับทราบผลการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังในระดับ CUP และมีส่วนร่วมการเสนอแนะ ข้อคิดเห็นหรือการแก้ไขปัญหาทางการเงินในระดับ CUP จะส่งผลให้มีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04, 0.04, 0.00, 0.00, 0.00, และ 0.00 ตามลำดับ ปัจจัยการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังที่เหลือไม่มี

ความสัมพันธ์กับความรู้ ทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. **ข้อเสนอแนะจากการตอบแบบสอบถาม** ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังจำแนกรายด้าน

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหามีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 28 คน มีความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากขึ้น จำนวน 19 คน (67.85) ควรมีการแจ้งประชุมล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 6 คน (21.42) และเจ้าหน้าที่ทุกคนควรมีส่วนร่วม จำนวน 3 คน (10.73)

2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงานมีผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 16 คน มีความคิดเห็นว่าขาดผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 9 คน (56.25) หัวหน้าหน่วยงานขาดความรู้ ความเข้าใจ จำนวน 7 คน (43.74)

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 33 คน มีความคิดเห็นว่าทุกระดับควรมีส่วนร่วม จำนวน 21 คน (63.63) ควรมีการประชุมต่อเนื่องและมีแผนในการดำเนินงานที่ชัดเจน จำนวน 4 คน (12.12) ควรทำงานร่วมกันระหว่างตำบล จำนวน 2 คน (24.25)

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 12 คน มีความคิดเห็นว่าควรมีการประเมินผลทุก 3 เดือน จำนวน 9 คน (75) ไม่มีระบบติดตามผลที่ชัดเจน จำนวน 3 คน (25)

การอภิปรายผล

ผลการทดสอบความรู้พบว่าคะแนนความรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ที่มีความรู้ระดับสูงมีน้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายถึงความไม่มั่นใจในความรู้ในการดำเนินงานด้านการเงินการคลังแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดให้ความรู้และอบรมบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับคะแนนทัศนคติพบว่า บุคลากรมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับสูงมีน้อยกว่า ร้อยละ 20 เกิดจากบุคลากรขาดความรู้ เนื่องจากความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ สอดคล้องกับแนวคิดของปิยธิดา โคกพันธ์ (2555) และสอดคล้องกับอรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2549) กล่าวว่าการกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนส่วนใหญ่ตามปกติมักเกิดจากทัศนคติของบุคคลนั้นทัศนคติจึงเป็นเสมือนเครื่องควบคุมการกระทำของบุคคลพฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนถูกควบคุมด้วยทัศนคติของเขา แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่มีทัศนคติที่ต่ำต่อการดำเนินแผนการเงินการคลัง ควรมีการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานตามแผนการเงิน การคลัง

การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล รวมถึงการมีส่วนร่วมดำเนินงานตามแผนการเงินการคลังโดยรวมระดับสูงน้อยกว่าร้อยละ 20 ยกเว้นเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร้อยละ 22.2 แสดงให้เห็นว่า การร่วมกันดำเนินงานอาจเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ทุกแห่งยังไม่แสดงบทบาทด้าน CFO ในขั้นตอนกระบวนการทำแผนการเงิน มีทีมเข้ามามีส่วนร่วมน้อยกว่า ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ผลักภาระให้กับนักการเงิน บัญชี นักวิชาการที่รับผิดชอบการจัดทำแผน

การเงิน และผู้เกี่ยวข้องตามแผนย่อยมาประชุม รับนโยบายและจัดทำแผนการเงินการคลัง (Planfin) การที่ทีมเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมน้อย สาเหตุอาจเกิดจากขาดความรู้ด้านการจัดทำแผนการเงินการคลัง เข้าใจว่าแผนการเงินเป็นของโรงพยาบาลเพราะข้อมูลส่วนใหญ่มาจากบัญชีงบทดลองอีกทั้งให้ความสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพประชาชนมากกว่าการจัดทำแผนการเงิน จากการตรวจสอบวาระการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) แต่ละอำเภอ พบว่าวาระการติดตามการดำเนินงานตามแผนการเงินการคลัง ไม่พบข้อมูลการควบคุมกำกับติดตามร่วมกันในที่ประชุมทั้งด้านรายรับ รายจ่ายของแม่ข่ายและลูกข่ายภายใน CUP ไม่พบการนำภาวะวิกฤติทางการเงินมาปรึกษา เพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนการเงินการคลังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจนเพื่อผลักดันให้เกิดความร่วมมือในองค์กรส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม มีส่วนร่วมการเสนอแนะข้อคิดเห็นและแก้ไขปัญหาจะส่งผลต่อการเพิ่มองค์ความรู้ให้กับผู้บริหารและแกนนำด้านการเงินการคลังและทัศนคติที่ดีเพื่อให้การจัดทำแผนการเงินการคลังมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ และทัศนคติ ที่จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการวางแผนดำเนินงานด้านการเงินการคลัง ...■

บรรณานุกรม

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.).กรุงเทพฯ:นโมพริ้นติ้ง แอนด์พับบลิชชิ่ง., 2550.

อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี. ปัญหาการคลังท้องถิ่นไทย : บทสะท้อนจากมุมมองของผู้บริหารเทศบาล. วารสารการจัดการภาครัฐและเอกชน. (2555, มกราคม - มิถุนายน). 19 (1) : 1 - 27.

ปิยธิดา โคกโพธิ์. ปัญหาการคลังท้องถิ่นศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลนิคมคำสร้อย. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์., 2555.

อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., 2546.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. วาระการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)., 2559.

กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดทำแผนทางการเงิน (PLANFIN) สำหรับหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., 2560.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : แสงจันทร์การพิมพ์., 2559.

กฤษฎา เสกตระกูล. การวิเคราะห์งบการเงิน. ศูนย์ส่งเสริมการพัฒนาความรู้สู่ตลาดทุน ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย., 2556.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การควบคุมภายในและการตรวจสอบภายใน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ., 2556.

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ความเสี่ยงด้านการเงิน. กรุงเทพฯ : สถาบันเทคโนโลยี พระจอมเกล้าพระนครเหนือ., 2551.

วิภาลักษ์ ชุติเดชากุล. ความพร้อมในการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิตสาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี., 2550.

งานวิจัย

โดย...สุพัตรา คงจริง
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการขายอาหารทอด ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย

The Compare Study of Polar Compounds in Frying Oil of the Fried Food Sellers from Seven Provinces in the Lower Southern Part of Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน ของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอด ใน 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ทำการเก็บข้อมูลตัวอย่าง จำนวน 365 คน ในปี 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ พรรณนาข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ และ สถิติเชิงวิเคราะห์ใช้ การวัดความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าปริมาณสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 5.307$, $df = 1.5092$, $p < 0.011$) ปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 พบค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องน้ำมันทอดซ้ำแก่ผู้ประกอบการ ทุกปีและเร่งประชาสัมพันธ์บทลงโทษให้ผู้ประกอบการทราบอย่างทั่วถึง เกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีสารโพลาร์เกินมาตรฐาน รวมถึงการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคในทุกพื้นที่

คำสำคัญ : น้ำมันทอดซ้ำ สารโพลาร์ ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย

Abstract

The aim of this study was to compare the difference of polar compounds in frying oil that was repeatedly measured 5 times. Three hundred and sixty five subjects who were the fried food sellers from seven provinces in the lower southern part of Thailand.The data was collected during the year 2016. One-way repeated measures ANOVA was used to compare five group means and showed the statistical significance level of 0.05. The study results showed the relationship to increase of polar compoundsand there were at least one statistically significant difference ($F = 5.307$, $df = 1.5092$, $p < 0.011$). The official should have a campaign to educate to the fried food sellers every year and publicize the penalty to people use repeatedly-used deep frying oil that have polar compounds over standard. And make polar compounds surveillance system in repeatedly-used deep frying oilfor the benefit of consumers.

Keywords : repeatedly-used deep frying oil, polar compounds, the lower southern part of Thailand

ความเป็นมา

ในแต่ละปีคนไทยจะบริโภคน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารสูงถึง 1,000 ล้านลิตร โดยจะมีน้ำมันที่เหลือจากการทอดประมาณ 250 - 300 ล้านลิตร ซึ่งน้ำมันที่เหลือเหล่านี้จะเป็นต้นทางของน้ำมันทอดซ้ำ น้ำมันที่ได้รับความร้อนสูงซ้ำแล้วซ้ำอีกจะเสื่อมสภาพเปลี่ยนเป็นสารประกอบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ[1] ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศกระทรวง (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547 เรื่องกำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารที่จำหน่าย โดยให้มีปริมาณสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของน้ำหนัก ผู้ประกอบการอาหารที่ใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าปริมาณสารโพลาร์เกินมาตรฐานที่กำหนดและจำหน่ายแก่ผู้บริโภค ถือเป็นการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน ฝ่าฝืนมาตรา 25[3] ของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2552 ระวางโทษปรับไม่เกิน 50,000 บาท[2]

สารที่เป็นอันตรายในน้ำมันทอดซ้ำลำดับแรกๆ คือ สารโพลาร์ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีขั้วประจุไฟฟ้า สามารถเกิดขึ้นในน้ำมันทอดอาหารระหว่างกระบวนการทอด เมื่อน้ำมันผ่านกระบวนการทอดอาหารแบบทอดท่วมที่อุณหภูมิสูงประมาณ 170 - 180 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลานาน ความชื้นของอาหารและออกซิเจนจากอากาศจะเร่งการเสื่อมสภาพของน้ำมัน โดยเกิดปฏิกิริยาเคมีที่สำคัญ 3 ประการ คือ ไฮโดรไลซิส (Hydrolysis) ออกซิเดชัน (Oxidation) และโพลีเมอ - ไรเซชัน (Poly merization) ทำให้เกิดสารโพลาร์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบทางกายภาพของน้ำมัน เช่น สีกลิ่น และรสชาติเปลี่ยนไปจุดเกิดควันลดลงและมีความหนืดมากขึ้น สารโพลาร์จึงเป็นตัวบ่งชี้การเสื่อมสภาพของน้ำมันที่เป็นที่ยอมรับของประเทศต่างๆ ในยุโรป แต่กำหนดค่าสารโพลาร์ที่ไม่ควรเกินไว้แตกต่างกัน เช่น ประเทศเยอรมันกำหนดค่าสารโพลาร์ไม่ควรเกิน ร้อยละ 24 ประเทศเบลเยี่ยม ฝรั่งเศส ฟินแลนด์สาธารณรัฐเช็ค สเปน อิตาลีฮังการีและไทย กำหนดค่าสารโพลาร์ไม่ควรเกิน ร้อยละ 25 ขณะที่ประเทศออสเตรียและสวิตเซอร์แลนด์กำหนดไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 27 (น้ำมันปรุงอาหารใหม่จะมีสารโพลาร์อยู่ระหว่าง 3 - 8%)[3]

ผลกระทบจากน้ำมันทอดซ้ำพบว่า น้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำจะมีคุณค่าทางโภชนาการลดลงและก่อพิษ มีการศึกษาในหนูทดลองพบว่าทำให้การเจริญเติบโตลดลง ตับและไตมีขนาดใหญ่ขึ้น มีการสะสมไขมันในตับ การหลั่งเอนไซม์ทำลายสารพิษในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าร่างกายได้รับสารพิษมากขึ้น นอกจากนั้นไขมันที่ถูกออกซิไดซ์อาจทำให้คอเลส-เตอรอลชนิดแอลดีแอลมีโอกาสเกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการอุดตันในหลอดเลือดหัวใจหรือในหลอดเลือดสมองได้ ในส่วนของไอระเหยจากน้ำมันทอดอาหาร หากสูดดมเป็นเวลานานอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพเนื่องจากผลทางระบาดวิทยาพบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคมะเร็งที่ปอดจากการสูดไอระเหยจากการผัดหรือทอดอาหารของผู้หญิงจีนและไต้หวันที่ไม่สูบบุหรี่ และพบว่ามีสารก่อกลายพันธุ์ในไอระเหยของน้ำมันทอดอาหาร ทั้งเป็นสารที่ก่อให้เกิดเนื้องอกในปอดและก่อมะเร็งเม็ดเลือดขาวในหนูทดลอง การศึกษาวิจัยยังพบอีกว่า มีกลุ่มสารก่อมะเร็งเกิดขึ้นในน้ำมันทอดซ้ำ ได้แก่ โพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดร-คาร์บอน และ มาลอนไดอัล - ดีไฮด์ (Malondialdehyde) ที่ทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังของหนูทดลองนอกจากนั้นยังทำให้หนูทดลองมีการเจริญเติบโตและลำไส้ทำงานผิดปกติตับและไตโต โลหิตจาง วิตามินอีในเลือดและตับลดลง และพบว่ามีสาร 4-hydroxy-2-nonenal เกิดขึ้นซึ่งมีพิษต่อเซลล์ทั้งก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ได้เช่นกันและสารโพลาร์ในน้ำมันที่ผ่านการทอดอาหารมีฤทธิ์ต่อการกลายพันธุ์ของแบคทีเรียสูงหลังจากใช้น้ำมันทอดซ้ำนาน 20 ชั่วโมง ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำ หรือน้ำมันที่มีปริมาณสารโพลาร์เกินกว่า 25% จึงเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจเกิดในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย[3]

จากการสำรวจสถานการณ์การใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าสารโพลาร์เกินมาตรฐาน (ร้อยละ 25 ต่อ

น้ำหนัก) ของเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ สงขลา ตรัง พัทลุง ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสตูล โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี 2555 - 2557 ดังนี้ปี 2555 (ร้อยละ 5.64), ปี 2556 (ร้อยละ 6.62) และปี 2557 (ร้อยละ 6.86) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(4) การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นในเรื่องของสารประกอบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากน้ำมันทอดอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงทดลอง การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบเพื่อดูความแตกต่างของปริมาณสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันทอดซ้ำแต่ละครั้ง เพื่อดูแนวโน้มพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบการ และเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการขายอาหารทอด ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ ไปปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการขายอาหารทอดใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารแต่ละครั้งของผู้ประกอบ-การใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เป็นการศึกษาวัดซ้ำในกลุ่มที่มีการ Follow up
2. ประชากรเป้าหมายคือกลุ่มผู้ประกอบการร้านขายอาหารทอดใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สงขลา ตรัง พัทลุง ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสตูล ปี 2559 โดยไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง
3. กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านขายอาหารทอดใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อำเภอละ 5 คน (77 อำเภอ) รวม 385 คน ประกอบด้วยยะลา 40 คน, ตรัง 50, พัทลุง 55 คน, สงขลา 80 คน, ปัตตานี 60 คน, นราธิวาส 65 คน และสตูล 35 คน โดยกลุ่มตัวอย่างถูกเลือกตามสะดวกไม่ใช้ความน่าจะเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ ผ่านการตรวจสอบ ปรับแก้ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยยังไม่นำไปทดลองใช้เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ
   - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะสถานประกอบการ ประเภทอาหารที่ทอดขาย ความถี่ของการทอด
   - ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหาร ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับประเภทน้ำมันที่ใช้ ยี่ห้อ แหล่งน้ำมัน พฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ
   - ส่วนที่ 3 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน, ตอบผิดได้ 0 คะแนน หลังจากนั้นนำคะแนนความรู้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป, ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 70.9 และความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
2. แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บตัวอย่างน้ำมันทอดอาหารจำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน 5 วัน ในร้านขายอาหารทอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ จากกรมวิทยา-ศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งประเภทการอ่านผลเป็น 3 ระดับ คือ สีชมพู มีสารโพลาร์น้อยกว่าร้อยละ 20 เป็นน้ำมันที่ใช้ได้, สีชมพูจาง มีสารโพลาร์อยู่ในช่วง 20 - 25 เป็นน้ำมันที่ใช้ได้แต่ไม่ควรเติมน้ำมันใหม่ลงไป, ไม่มีสี มีสารโพลาร์มากกว่า ร้อยละ 25 เป็นน้ำมันที่เสื่อมสภาพแล้ว ไม่ควรใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำโครงการ โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 12
2. จัดตั้งคณะทำงานระดับเขตบริการสุขภาพที่ 12 ซึ่งมีคณะทำงานครอบคลุมในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างคือ สงขลา ตรัง พัทลุง ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสตูล

3. ประชุมคณะทำงานเพื่อชี้แจงการจัดเก็บข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลพฤติกรรมและความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำ

5. ทำการวัดซ้ำกลุ่มตัวอย่างหน่วยละ 5 ครั้งติดต่อกัน

6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2. สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอดที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Repeated Measures ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จำนวน 365 คน คิดเป็นร้อยละ 94.80 เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดสงขลามากที่สุด รองลงมาจากจังหวัดปัตตานี นราธิวาส พัทลุง ตรัง สตูล และยะลา คิดเป็น ร้อยละ 21.4, 17.0, 16.4, 16.2, 12.1, 9.6 และ 7.4 ตามลำดับ ผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 40 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50 - 60 ปี และ 20 - 30 ปี คิดเป็น ร้อยละ 49.0, 27.1 และ 10.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.2, 25.2 และ 17.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ลักษณะค้าขายเป็นแบบแผงลอย รองลงมาเป็น ร้านค้า และรถเข็น คิดเป็น ร้อยละ 44.7, 26.8 และ 15.3 ตามลำดับ อาหารที่ทอดขาย ร้อยละ 34.0 เป็นไก่ รองลงมาเป็นกล้วย และลูกชิ้น คิดเป็น ร้อยละ 24.7, และ 14.8 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 83 มีการขายอาหารทอดทุกวัน เฉลี่ย 10 กิโลกรัมต่อวัน และมากถึง 600 กิโลกรัมต่อวัน

ผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.0 ใช้น้ำมันพืช โดยเป็นน้ำมันปาล์ม ร้อยละ 92 น้ำมันที่ใช้มีเกือบทุกยี่ห้อ ที่ใช้มากที่สุดคือยี่ห้อเหรียญทอง 303 รองลงมายี่ห้อลีลา และม้าบินแดง คิดเป็น ร้อยละ 29.7, 10.2 และ 6.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ซื้อน้ำมันจากร้านขายของชำ ร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นตลาดสด/ตลาดนัด และร้านสะดวกซื้อ คิดเป็น ร้อยละ 34.0 และ 7.7 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ทอดอาหารเพียงชนิดเดียวในน้ำมัน 1 กระทะ รองลงมาทอดอาหาร 2 ชนิด และมากกว่า 3 ชนิด คิดเป็น ร้อยละ 67.9, 18.4 และ 13.7 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 45.8 มีการใช้น้ำมันเก่าผสมน้ำมันใหม่ น้ำมันที่ใช้แล้วมีคนมารับซื้อถึง ร้อยละ 46.0 และเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไป ร้อยละ 36.7 โดยร้อยละ 76.2 ไม่ทราบว่ามีการจำหน่ายน้ำมันใช้แล้วให้กับร้านขายของทอด

ผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง รองลงมามีความรู้ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 49.6, 27.4 และ 23.0 ตามลำดับ โดยข้อคำถามที่ 1 ท่านคิดว่าน้ำมันที่เหมาะสมสำหรับการทอดแบบท่วมเป็นน้ำมันชนิดใด ตอบถูก ร้อยละ 73.4 ข้อคำถามที่ 2 ท่านคิดว่าวิธีที่ใดใช้ดูน้ำมันที่เสื่อมคุณภาพ ตอบถูก ร้อยละ 100 คำถามข้อที่ 3 ท่านคิดว่าควรใช้น้ำมันทอดอาหารไม่เกินกี่ครั้ง ตอบถูก ร้อยละ 50.4 คำถามข้อที่ 4 ท่านคิดว่าการใช้น้ำมันเก่าผสมกับน้ำมันใหม่จะทำให้น้ำมันเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ใช่หรือไม่ ตอบถูก ร้อยละ 53.2 คำถามข้อที่ 5 ท่านคิดว่าน้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำและยังคงใสจะสามารถนำมาประกอบอาหารได้อีกหรือไม่ ตอบถูก ร้อยละ 41.6 คำถามข้อที่ 6 ท่านทราบมาก่อนหรือไม่ว่าน้ำมันทอดซ้ำมีอันตราย ตอบถูก ร้อยละ 82.2 คำถามข้อที่ 7 ท่านทราบข้อมูลอันตรายของน้ำมันทอดซ้ำจากแหล่งใด ตอบถูก ร้อยละ 100 คำถามข้อที่ 8 ข้อใด คือ อันตรายจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ตอบถูก ร้อยละ 100 คำถามข้อที่ 9 สารอันตราย

ที่พบในน้ำมันทอดซ้ำคืออะไร ตอบถูก ร้อยละ 24.9 คำถามข้อที่ 10 บทลงโทษสำหรับผู้ประกอบการที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเกินมาตรฐานคืออะไร ตอบถูก ร้อยละ 13.2

การเปรียบเทียบระดับสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า พบว่า ปริมาณสารโพลาร์เฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 5.307, df = 1.5092, p < 0.011) ดังตารางที่ 1 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 6 คู่ ได้แก่ ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.083 (p-value = 0.031), ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.170 (p-value < 0.001), ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 4 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.192 (p-value < 0.001), ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 5 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.254 (p-value = 0.047), ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.087 (p-value = 0.012), ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 4 ระดับสารโพลาร์เพิ่มขึ้น 0.109 (p-value = 0.004) ดังตารางที่ 2 และมีแนวโน้มของสารโพลาร์เฉลี่ยในน้ำมันทอดที่มีการวัดซ้ำเพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอดที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (n = 276*)

แหล่งความแปรปรวน**	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	10.859	1.509	7.195	5.307	0.011
ความคลาดเคลื่อน	562.741	415.076	1.356		

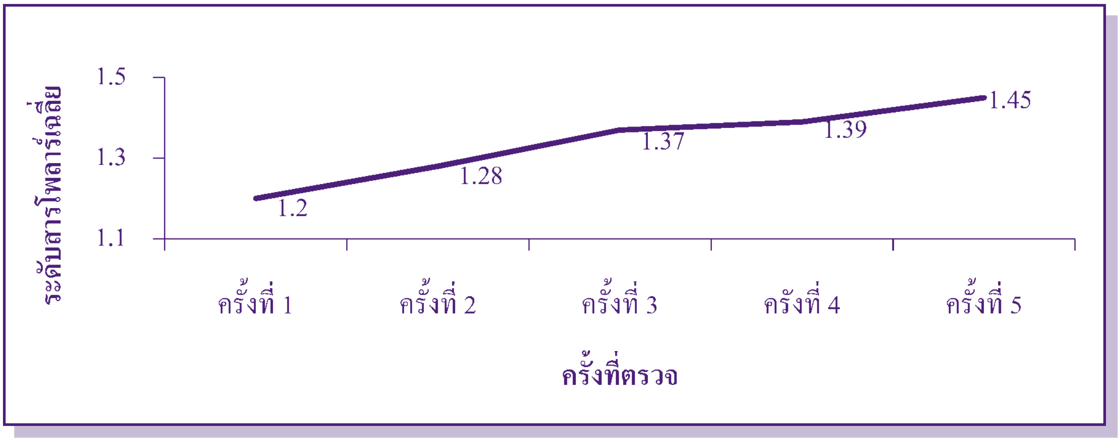
* ข้อมูลที่เป็น Missing data จำนวน 89 คน จะไม่นำมาวิเคราะห์

** Greenhouse-Geisser

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหาร ของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอดที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n = 276)

ความแตกต่างของระดับสารโพลาร์ในการตรวจวัดแต่ละครั้ง		ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	Std. Error	p-value
ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	-.083*	.028	.031
	ครั้งที่ 3	-.170*	.034	.000
	ครั้งที่ 4	-.192*	.034	.000
	ครั้งที่ 5	-.254*	.089	.047
ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	-.087*	.027	.012
	ครั้งที่ 4	-.109*	.031	.004

* แสดงเฉพาะตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น



ภาพที่1 *แสดงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของระดับสารโพลาร์เฉลี่ยในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำ 5 ครั้งติดต่อกัน ของผู้ประกอบการขายอาหารทอดในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง*

สรุปอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากจังหวัดสงขลา ทั้งนี้จังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ ทำให้พบผู้ประกอบการขายอาหารทอดมากกว่าพื้นที่อื่น ผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งไม่จำกัดด้านระดับการศึกษา เนื่องจากขายอาหารทอดเป็นอาชีพที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้ความรู้หรือทักษะที่ซับซ้อน ลักษณะสถานประกอบการส่วนใหญ่จะเป็นแบบแผงลอยเนื่องจากเป็นสถานที่ประจำเหมาะกับการจดจำของลูกค้า ซึ่งต่างจากการศึกษาของวารี ว่องโชติกุล และมณีนุช ให้ศิริกุล[5] ที่พบว่าสถานประกอบการส่วนใหญ่เป็นรถเข็น เพราะเป็นพาหนะกะทัดรัดประหยัดพื้นที่และเคลื่อนที่ได้เหมาะกับการค้าขายขนาดเล็กที่ต้นทุนไม่สูงมากและสามารถย้ายไปขายได้หลายแห่ง อาหารทอดที่นิยมขายมากที่สุดคือ ไก่ทอด กล้วย ลูกชิ้น เนื่องจากเป็นอาหารยอดนิยม หาวัสดุได้ง่าย สามารถขายได้ทุกวัน บางร้านสามารถขายได้ถึง 600 กิโลกรัมต่อวัน

ผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่เลือกใช้น้ำมันปาล์มในการทอดอาหารมากที่สุดเนื่องจากน้ำมันปาล์มทำให้เกิดการเหม็นหืนช้า อาหารที่ทอดมีความกรอบได้นาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า[5,6]ที่พบว่าผู้ขายอาหารส่วนใหญ่เลือกใช้น้ำมันปาล์มในการทอดอาหารซึ่งเป็นการเลือกน้ำมันที่ใช้ทอดอย่างถูกต้อง โดยน้ำมันปาล์มที่เลือกใช้มากที่สุดคือยี่ห้อเหรียญทอง 303 ซึ่งอาจจะเนื่องจากมีราคาถูกซื้อได้สะดวกทั่วไปตามร้านขายของชำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วารีว่องโชติกุลและ มณีนุชให้ศิริกุล[5]ที่พบว่าน้ำมันที่ใช้ทอดส่วนใหญ่คือน้ำมันปาล์มยี่ห้อมรกต โดยส่วนใหญ่ทอดอาหารเพียงชนิดเดียวในน้ำมัน 1 กระทะ บางร้านมีการทอดอาหารมากกว่า 2 ชนิด อาจเนื่องจากทำให้ประหยัดต้นทุน และเกือบ ร้อยละ 50 มีการใช้น้ำมันเก่าผสมน้ำมันใหม่ในการทอดอาหาร ซึ่งอาจจะมีความรู้สึกเสียดายถ้าจะเททิ้งน้ำมันที่ทอดอาหารเพียง 1 ครั้งไป และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการจำหน่ายน้ำมันใช้แล้วให้กับผู้ประกอบการ

ความรู้ของผู้ประกอบการขายอาหารทอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าข้อคำถามบางข้อผู้ประกอบการยังตอบไม่ถูกต้อง เช่นน้ำมันสำหรับทอดอาหารไม่ควรใช้เกิน 1 - 2 ครั้ง ตอบถูกเพียง ร้อยละ 50.4 แสดงว่ามีผู้ประกอบการยังไม่มีความรู้ในข้อนี้เกือบร้อยละ 50 ในขณะที่คำถามเกี่ยวกับการใช้น้ำมันเก่าผสมกับน้ำมันใหม่จะทำให้น้ำมันเสื่อมสภาพเร็วขึ้นใช่หรือไม่

ตอบถูกเพียง ร้อยละ 53.2 เช่นเดียวกับข้อคำถามเกี่ยวกับน้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำและยังคงใสจะสามารถนำมาประกอบอาหารได้อีกหรือไม่ ตอบถูก ร้อยละ 41.6 ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ประกอบการยังขาดความรู้และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและเมื่อถามเกี่ยวกับสารอันตรายที่มีการตรวจพบในน้ำมันทอดซ้ำกับบทลงโทษทางกฎหมาย พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ ซึ่งการไม่รู้ในข้อคำถามเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ประกอบการไม่ใส่ใจ หรือไม่มีความตระหนักที่มากพอในความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

เมื่อเปรียบเทียบระดับสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันทอดอาหารที่มีการวัดซ้ำเป็นระยะเวลา 5 วันติดต่อกันในกลุ่มผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารทอด พื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการมีการใช้น้ำมันทอดซ้ำเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการตรวจพบสารโพลาร์ยังไม่อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายก็ตาม โดยจะเห็นได้จากเมื่อเทียบปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 จะพบค่าเฉลี่ยของปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่ผู้ประกอบการอาจจะมีการเติมน้ำมันใหม่ลงไปในน้ำมันเก่าทำให้คุณภาพน้ำมันลดลง ในส่วนของระดับความรู้ของผู้ประกอบการจะเห็นว่ามีหลายข้อคำถามที่ผู้ประกอบการตอบไม่ถูกต้อง ซึ่งแสดงว่าระดับความรู้ไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณสารโพลาร์หรือมีการใช้น้ำมันทอดซ้ำเพิ่มและถ้ามีการศึกษามากกว่า 5 ครั้ง คาดว่าจะพบปริมาณสารโพลาร์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นและอาจจะเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภคได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำแก่ผู้ประกอบการ รวมถึงจัดอบรมซ้ำทุกปี เพื่อให้เกิดความตระหนักและความปลอดภัยต่อผู้บริโภค

2. ประชาสัมพันธ์บทลงโทษให้ผู้ประกอบการทราบอย่างทั่วถึงเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำที่มีสารโพลาร์เกินมาตรฐาน และบังคับการใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

3. ควรมีระบบเฝ้าระวังสารโพลาร์ในน้ำมันทอดอาหารทุกชุมชนเพื่อติดตามสถานการณ์ ...■

บรรณานุกรม

1. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 อุบลราชธานี, คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. น้ำมันทอดซ้ำ 2560 [cited 2561 17 มกราคม]. Available from : http://www.thaihealthconsumer.org/wp-content/uploads/2017/07/UsedOil2.pdf.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547 เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 347) พ.ศ. 2555 เรื่อง วิธีการผลิตอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำ. 2556. p.1.
3. งานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครอง, ผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำสู่วาระแห่งชาติ. ปทุมวัน กรุงเทพฯ : แผนงานพัฒนาวิชาการ และกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2557. 44 p.
4. หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) จังหวัดสงขลา. สถานการณ์การใช้น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าสารโพลาร์เกินมาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 12 2557.
5. วารี ว่องโชติกุล, มณีนุช ให้ศิริกุล. พฤติกรรม ความรู้ และความเสี่ยงในการใช้น้ำมันทอดซ้ำของผู้ประกอบ อาหารและผู้จำหน่ายอาหารในโรงเรียนเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ; 2558.
6. เบ็ญจรัก วายุภาพ, วราพร ลักษณะลม้าย, ชลธิชา เอี่ยมชื่น, ศศิวิมล สุจริต, วรรัตน์ ใจเจริญธรรมกุล. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางกายภาพและเคมีของน้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารทอดประเภทต่างๆ. วารสารอาหาร. 2551 ; 38 (1) : 73.

ผลิตโดย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18712

Website : www.phc.moph.go.th

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT