วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

(Journal of Health Sciences and Pedagogy)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2
ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2564
ISSN 2730-4043 (Online)

https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Health Sciences and Pedagogy

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของคณะอาจารย์ บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ

2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร. 075-446059   โทรสาร 0-7431-2562

E-mail: journal.bcnnakhon@gmail.com

ที่ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์	ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์บุญประจักษ์ จันทร์วิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์อัญชนา วิชช์วัฒนางกูร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์มลิวัลย์ รัตยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง	สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสวงดี	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจี้ยง	คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สินวรณ์	ประธานหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
อาจารย์ ดร.จารุวรรณ สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.เนติยา แจ่มทิม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
อาจารย์ ดร.มาสริน ศุภลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
อาจารย์ ดร.เมทณี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
อาจารย์ ดร.บุศริน เอี่ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.จามจุรี แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.ภาวดี เหมทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.ญนัท วอลเตอร์	English Language Editor
Mr.Patrick Wauters	English Language Editor

กองจัดการ

นางสาวทิพย์วิมล บางน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ หรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยพยาบาล/วิทยาลัยการสาธารณสุขในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Health Sciences and Pedagogy

บรรณาธิการวารสารแถลง

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน ก่อนอื่นต้องขอขอบพระคุณนักวิจัยทุกท่าน ที่สนใจในการส่งบทความวิจัยเพื่อเผยแพร่ในวารสารของเรา ซึ่งวารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีที่ 1 ที่ทางกองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความเผยแพร่เพิ่มขึ้นจากฉบับแรกเป็น 7 เรื่อง เพื่อรองรับนักวิจัยที่มีสนใจในการเผยแพร่บทความวิจัยที่มากขึ้น

บทความวิจัยในฉบับที่ 2 นี้ ได้นำเสนอในเนื้อหาหลายประเด็น ได้แก่ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมวัณโรค, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน, พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้, พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจาของบทความวิจัยทุกท่านที่ไดอนุเคราะห์ลงเผยแพรในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ซึ่งกองบรรณาธิการยินดีเป็นสื่อกลางที่จะเผยแพรความรู้ใหม่ ๆ และมุมมองทางวิชาการด้านการพยาบาล การสาธารณสุข และด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่หลากหลายเพื่อยกระดับมาตรฐานการเผยแพรผลงาน วิชาการในประเทศให้มีคุณภาพต่อไป และในวาระนี้ คณะผู้จัดทำ ฯ ขอน้อมรับข้อเสนอแนะและคำติชมทั้งปวงเพื่อให้การปรับปรุงคุณภาพของวาสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาให้มีคุณค่าและมาตรฐานยิ่ง ๆ ขึ้นไป

อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

1. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย (The Effectiveness of a Health Behavior Modification Program on Risk Factor Reduction in Patients with Chronic Non-Communicable Diseases Attending at Tambon Health Promotion Hospital in the Southern Thailand).......... **1-15**
สุรีย์ ทั่งทอง และสุมลรัตน์ ขนอม (Suree Thungtong & Sumonrat Khanom)

2. การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (Development of a Medical Supplies Management System in Tambon Health Promoting Hospitals of Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province)... **16-29**
มัตติกา ประพฤติดี (Mattika Praprukdee)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา (Factors Relationship to the Participation of Village Health Volunteers In the Prevention and Control of Tuberculosis Dokkhamtai Disdrict, Phayao Province)... **30-44**
วาริน เขื่อนแก้ว (Warin Khueankaew)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช (Relationship between Cigarettes Exposure Behavior among People in District, Nakhon Si Thammarat Province)... **45-56**
สยาม ชิ้นพงค์ (Siam Chinpong)

5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Comparison of Knowledge, Self-care Behaviors, Appointment and Fasting Blood Sugar Between Controlled and Uncontrolled Diabetic Patients)............................... **57-68**
วนิดา ศรีริภาพ (Wanida Sreriphap)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง **หน้า**

6. พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (Oral Care Behavior of Parents of Preschool Children in Child Development Center, Praphrom District, Nakhon Si Thammarat)... **69-82**
ปาริฉัตร ถาวรวงษ์ (Parichat Thawornwong)

7. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Effectiveness of a Prevention infectious in the acute leukemia patients of Hematology-Oncology Medicine ward Surat Thani Hospital)................................... **83-96**
ชมภู่ ปริตรศิรประภา และศจีรัตน์ โกศล (Chompoo Paritsiraprapa and Sajeerat Kosol)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ...ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์..ก
การส่งบทความ..ก
รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ..ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ...ข
การเตรียมต้นฉบับของบทความ..ค
Template บทความวิจัย...ซ
Template บทความวิชาการ...ฐ
สอบถามข้อมูล...ฌ

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย

The Effectiveness of a Health Behavior Modification Program on Risk Factor Reduction in Patients with Chronic Non-Communicable Diseases Attending at Tambon Health Promotion Hospital in the Southern Thailand

สุรีย์ ทั่งทอง[1] และ สุมลรัตน์ ขนอม[2,*]
Suree Thungtong[1] and Sumonrat Khanom[2,*]
[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหัวช้าง, [2]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช
[1]Khao-Huachang Health Promotion Hospital, [2]Khanom Public Health Office Nakhon Si Thammarat

(Received: November 30, 2020; Revised: December 15, 2020; Accepted: February 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือทั้ง 2 โรค ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 46 คน กลุ่มตัวอย่างจากทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ดำเนินการวัดซ้ำโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเวลา 6 เดือน เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ 0.72 และค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 0.797 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ใช้ Paired t-test และ Wilcoxon Signs test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัวหลังโมเดลทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิกก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตค่าบน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) และพบว่า ค่าดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ 60.87 ระดับความดันโลหิตค่าบนลดลง ร้อยละ 84.79 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 80.44 รอบเอวลดลง ร้อยละ 72.73 ในเพศชาย ร้อยละ 68.57 ในเพศหญิง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 80.44

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: s_khanom@hotmail.com)

Abstract

This quasi-experimental research (one-group pretest-posttest design) aimed to study the effects of a health behavior modification program on risk factors reduction in patients with chronic NCDs who attended at a Tambon Health Promoting Hospital in Southern Thailand. The program was created based on Transtheoretical Model (TTM). Sample was 46 patients with diabetes or hypertension or both diseases who attended at Khao-Huachang Health Promotion Hospital of Khanom district in Nakhon Si Thammarat Province, and voluntarily participated in the program. The experiment was carried out by organizing 3 activities in 3 months. The program's follow-up was performed by village health volunteers (VHS) for 6 months. Research tools were an interview form, and a questionnaire. Content validity of those tools were validated by experts, obtaining values of 0.797, and 0.72, respectively. Data were collected between March and September, 2019, and then analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon Signs test.

Results showed that, after participating into the program: 1) the patients' determination to change their behaviors were significantly higher than before participating ($p < 0.001$), 2) the disease control practice slightly increased, but not significantly, 3) risk factors including BMI, systolic BP, blood sugar, waist circumference, and HbA1C were significantly reduced ($p<0.01$), 3) the values for reduction of BMI, systolic BP, blood sugar, and HbA1C, were 60.87 %, 84.79%, 80.44%, and 80.44%, respectively, while waist circumference reduction was 72.73% in male, and 68.57% in female.

Keywords: Health Behavior Modification Program, Risk factors, Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs)

บทนำ

ในการวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญที่พบมากที่สุด และมีผู้มารับบริการเป็นประจำในคลินิก โดยที่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำคัญของประเทศในปัจจุบัน สถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย พบว่า โรคไม่ติดต่อสำคัญทั้ง 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง มีการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2558 มีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 12.1 เป็น 19.4 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานเพิ่มจาก 13.2 เป็น 17.8 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อัตราตายจากภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 12.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายก่อนวัยอันควรจาก 3.8 เป็น 7.1 ต่อประชากรแสนคน (Vijitsoonthornkul & Chasombut, 2015) กว่าร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตทั้งหมดนั้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Bureau of Non Communicable Disease, 2018) สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตที่สำคัญของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นระยะเวลานาน (Thianthawon, 2019) ในขณะเดียวกัน ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจะนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และอัมพาต (Stroke) เป็นต้น ดังนั้น ในการวัดผลการทดลองนอกจากจะวัดระดับความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดแล้ว จึงวัดปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิกร่วมด้วย ได้แก่ รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย เพราะการลดลงของปัจจัยเสี่ยงย่อมส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อน และหากสามารถลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดโรคได้ จะเป็นวิธีลดอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่ต้นเหตุและมีความยั่งยืนที่สุด (Srisaluk, 2014)

จากสถิติศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (Health Data Center; HDC) ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 28.73 และร้อยละ 38.01 ตามลำดับ ภาพรวมอำเภอแห่งหนึ่งซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย ร้อยละ 22.29 และ 28.84 ในส่วนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แห่งหนึ่ง พบร้อยละ 32.73 และร้อยละ 40.88 ตามลำดับ โดยที่ค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าร้อยละ 40 และคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 50 ดังนั้น หน่วยบริการจึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยให้สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเป็นไปตามเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

รูปแบบเดิมของการจัดบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ดำเนินการโดยจัดกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยมีความเชื่อว่าเมื่อมีความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการปฏิบัติที่ดี นำไปสู่การควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ แต่ผลลัพธ์การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดยังไม่ดีขึ้น ในขณะที่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการตัดสินใจ (Decisional making) ของบุคคลสามารถวัดความก้าวหน้าของแต่ละบุคคลได้ และมีกระบวนการในด้านความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเสริมแรงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนพฤติกรรม เข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Mattayakorn, 2016) การศึกษาผลกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว จึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มเมตาบอลิก การควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจการปฏิบัติตน ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐาน

1. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจ และการปฏิบัติตน สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกลดลงกว่าก่อนทดลอง และการควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และได้นำกระบวนการตัดสินใจซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน การทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การวัดความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง กระบวนการในด้านความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ การเรียนรู้ร่วมกัน การเสริมแรงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นที่ 1 ก่อนปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย
- ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ทำความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม
- วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย
- สนับสนุนให้มีการตัดสินใจของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- วัดความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- กระบวนการสร้างความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
- กระบวนการเสริมแรง

ขั้นที่ 3 ขั้นสิ้นสุด
- สร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนทดลอง
1. ความรู้ เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก ได้แก่
   - ค่าดัชนีมวลกาย
   - เส้นรอบเอว
   - ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง
   - ค่าความดันโลหิตค่าบน
   - ค่าความดันโลหิตค่าล่าง
   - ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C

หลังทดลอง
1. ความรู้ เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก ได้แก่
   - ค่าดัชนีมวลกาย
   - เส้นรอบเอว
   - ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 8 ชั่วโมง
   - ค่าความดันโลหิตค่าบน
   - ค่าความดันโลหิตค่าล่าง
   - ค่าน้ำตาลสะสม HbA1

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือทั้ง 2 โรคที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 58 คน กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 46 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ สมัครใจเข้าร่วมโดยที่ร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา และไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ การขอถอนตัว มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ตรวจพบปัญหาเมื่อออกกำลังกาย และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ โมเดลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 - 2 เดือน ก่อนที่จะมอบหมายให้เป็นพี่เลี้ยงที่เป็น อสม. ติดตามเยี่ยมในชุมชน ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 กระบวนการให้ความรู้และข้อมูล พฤติกรรมที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยหลัก 3 อ 2 ส ประโยชน์ที่ได้รับ และกระบวนการกลุ่มบอกเล่าผลดีผลเสีย การปฏิบัติตนในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมเก็บข้อมูลก่อนจัดกิจกรรมโมเดล

ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่แรก 1 เดือน โดยกระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจ ประเมินความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตน บอกเล่าประสบการณ์ และวางแผนกำหนดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง กำหนดกติการางวัลบุคคลต้นแบบ และมอบหมาย อสม. ติดตามเดือนละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 2 เดือน เพื่อสร้างความมั่นใจกระตุ้นให้กำลังใจ และประสานการช่วยเหลือระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้เข้าร่วมโครงการ

ครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 ระยะ 2 เดือน เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกระบวนการกลุ่มบอกเล่าประสบการณ์ ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขติดตามสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุน และมอบหมาย อสม. ติดตาม ต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือนนับจากครั้งแรก และเก็บข้อมูลหลังจัดโปรแกรมครบ 6 เดือน พร้อมมอบรางวัลบุคคลต้นแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.50 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นส่วนของความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.72 ความยากง่ายระหว่าง 0.38 - 0.70 และค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.776 ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Crombach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) รวมเท่ากับ 0.797

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2562 ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ช่วยเก็บข้อมูล ผู้ดำเนินการตรวจวัดค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อให้มีความเข้าใจในการเก็บข้อมูลให้ถูกต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เช่น เทคนิคการวัดความดันโลหิตขณะพัก การตรวจระดับน้ำตาลก่อนอาหาร การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์

2. ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เรื่องรูปแบบ วิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย และเงื่อนไขการเข้าร่วมหรือออกจากโครงการ ให้เข้าใจทุกขั้นตอน และออกจากโครงการได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง

3. เตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการทดลอง ได้แก่ เครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดรอบเอว โดยใช้เครื่องที่ได้รับการสอบเทียบแล้ว

4. ทดลองเก็บข้อมูลกับผู้มารับบริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจเช็คกระบวนการทำงานและปรับปรุงวิธีการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์

5. ดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมที่วางไว้ และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เมื่อทำกระบวนการแล้วครบ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการประมวลผลค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. สถิติวิเคราะห์ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) กรณีข้อมูลกระจายเป็นโค้งปกติใช้ Paired t-test และกรณีข้อมูลกระจายไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon Signs Test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งจากกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจและการเข้าร่วมหรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการจัดบริการข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีการเปิดเผยรายละเอียด และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ และผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต่อปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือทั้ง 2 โรค ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง นำเสนอผลการการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.9 อายุเฉลี่ย 63.24 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.7 อาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 87 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,800 บาท ส่วนใหญ่ มีรายได้ระหว่าง 2,000 - 5,000 บาท ต่อเดือน ในส่วนของโรคประจำตัวที่มารับการรักษา คือ โรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 โรค และโรคเบาหวาน ร้อยละ 63.0, 26.1 และ 10.9 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=46)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	18	39.1
60 - 69 ปี	15	32.6
70 ปีขึ้นไป	23	28.3
M= 63.24, *S.D.*= 11.91, Max = 84, Min = 32		
2. เพศ		
ชาย	11	23.9
หญิง	35	76.1
3. สถานภาพสมรส		
โสด	1	2.2
สมรส	35	76.1
หย่า/ ม่าย	10	21.7
4. ระดับการศึกษา		
ไม่จบประถมศึกษา	7	15.2
ประถมศึกษา	33	71.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	10.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	2.2
5. อาชีพหลัก		
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	2	4.3
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	40	87.0
รับจ้าง	1	2.2
ค้าขาย	3	6.5
6. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	13	28.3
2,001 - 5,000 บาท	22	47.8
มากกว่า 5,000 บาท	11	23.9
M= 4,867.39, *S.D.*= 3,824.14, Max= 15,000, Min= 600		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. โรคประจำตัวที่มารับการตรวจ		
เบาหวาน	5	10.9
ความดัน	29	63.0
ทั้งสองโรค	12	26.1

2. ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น โดยที่ก่อนจัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.39 (*S.D.*= 3.99) หลังจัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.41 (*S.D.*= 3.41) โดยการทดลองส่วนใหญ่ระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 43.5 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.0 และระดับความรู้ระดับสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 30.4 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

ระดับความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	20	43.5	15	32.6
ปานกลาง	20	43.5	17	37.0
สูง	6	13.0	14	30.4
	M= 14.39, *S.D.*= 3.99		M= 16.41, *S.D.*= 3.41	
	Max= 22, Min= 6		Max= 23, Min= 8	

3. ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้น โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.14 (*S.D.*= 0.82) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.66 (*S.D.*= 0.69) โดยที่ก่อนการทดลองนั้นส่วนใหญ่ระดับความมุ่งมั่นตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 ส่วนหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.7 และพบว่า ระดับความมุ่งมั่นตั้งใจระดับสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.6 เป็นร้อยละ 67.4 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

ระดับความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	11	23.9	3	6.5
ปานกลาง	20	43.5	12	26.1
สูง	15	32.6	31	67.4
	M= 3.14, *S.D.*= 0.82		M= 3.66 , *S.D.*= 0.69	
	Max= 1.30, Min= 4.20		Max= 4.60, Min= 1.70	

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรค พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองมีค่าใกล้เคียงกัน ก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 3.03 (*S.D.*= 0.29) ส่วนหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 3.08 (*S.D.*= 0.24) โดยที่ระดับการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.9 และ 39.1 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	-	0	-
ปานกลาง	18	39.1	18	39.1
สูง	28	60.9	28	60.9
	M= 3.03, *S.D.*= 0.29		M= 3.08, *S.D.*= 0.24	
	Max= 3.53, Min= 2.27		Max= 3.87, Min= 2.53	

5. ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.4 เป็นร้อยละ 39.1 ระดับความดันโลหิตค่าบนอยู่ในเกณฑ์ปกติและเหมาะสมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 30.4 เป็นร้อยละ 90.3 ค่าความดันโลหิตค่าล่าง อยู่ในเกณฑ์ปกติและเหมาะสมลดลงจาก ร้อยละ 97.8 เป็นร้อยละ 86.9 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 21.7 เป็นร้อยละ 41.3 ส่วนรอบเอวและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังทดลองมีค่าต่ำกว่า 7 เท่าเดิม คือ ร้อยละ 46.7 ส่วนที่มีความเสี่ยงสูง (8 ขึ้นไป) ลดลงจากร้อยละ 33.3 เหลือร้อยละ 20.0 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก ก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ค่าดัชนีมวลกาย				
น้อย (< 18.5)	2	4.4	3	6.5
มาตรฐาน (18.50 - 22.99)	14	30.4	18	39.1
น้ำหนักตัวเกิน (23.00 - 24.99)	11	23.9	8	17.4
อ้วนระดับ 1 (25.0 - 29.99)	12	26.1	11	23.9
อ้วนระดับ 2 (≥ 30)	7	15.2	6	13.1
	M= 24.94, *S.D.*= 4.27		M= 24.43, *S.D.*= 4.37	
2. ค่าความดันโลหิตค่าบน (Systolic)				
เหมาะสม (< 120)	2	4.3	3	6.5
ปกติ (120 - 129)	12	26.1	39	84.8

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่อนข้างสูง (130 - 139)	23	50.0	4	8.7
สูงระดับต้น (140 - 159)	8	17.4	0	0.0
สูงระดับกลาง (160 - 179)	1	2.2	0	0.0
	M= 133.0, *S.D.*= 9.97		M= 125.7, *S.D.*= 5.04	
3. ค่าความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic)				
เหมาะสม (< 80)	35	76.1	30	65.2
ปกติ (80 - 84)	10	21.7	10	21.7
ค่อนข้างสูง (85 - 89)	1	2.2	6	13.0
สูงระดับต้น (90 - 99)	0	0.0	0	0.0
	M= 74.2, *S.D.*= 7.05		M= 73.76, *S.D.*= 9.79	
4.ระดับน้ำตาลในเลือด (Sugar)				
ปกติ (< 100)	10	21.7	19	41.3
ภาวะเสี่ยง (101 - 125)	23	50.0	18	39.1
สูง (≥ 126)	13	28.3	9	19.6
	M= 122.9, *S.D.*= 32.86		M= 114.5, *S.D.*= 25.80	
5. รอบเอว				
เพศชาย (n=11)				
< 90 เซนติเมตร	8	72.7	9	81.8
90 เซนติเมตรขึ้นไป	3	27.3	2	18.2
	M= 86.5, *S.D.*= 14.83		M= 75.1, *S.D.*= 23.09	
เพศหญิง (n=35)				
< 80 เซนติเมตร	3	8.6	6	17.1
80 เซนติเมตรขึ้นไป	32	91.4	29	82.9
	M= 88.5, *S.D.*= 9.55		M= 86.9, *S.D.*= 9.74	
6.ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) (n=15)				
ความเสี่ยงต่ำ (< 7)	7	46.7	7	46.7
ความเสี่ยงปานกลาง (7 - 7.9)	3	20.0	5	33.3
ความเสี่ยงสูง (8+)	5	33.3	3	20.0
	M= 7.8, *S.D.*= 1.81		M= 7.5, *S.D.*= 1.16	

6. เปรียบเทียบความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มเมตาบอลิกก่อนและหลังการทดลอง

6.1 ความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรคก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test ในการเปรียบเทียบ พบว่า ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว หลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคหลังทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อย รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	M	*S.D.*	t	*p*-value
ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
ก่อนทดลอง	46	14.39	3.99	3.484	0.001**
หลังทดลอง	46	16.41	3.41		
ความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว					
ก่อนทดลอง	46	3.14	0.82	3.514	0.001**
หลังทดลอง	46	3.66	0.69		
การปฏิบัติตน					
ก่อนทดลอง	46	3.03	0.29	1.550	0.128
หลังทดลอง	46	3.08	0.24		

** $p < 0.01$

6.2 ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตค่าบน ค่าความดันโลหิตค่าล่าง ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ใช้สถิติ Wilcoxon Signs test ในการเปรียบเทียบ พบว่า ระดับความดันโลหิตค่าบน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) โดยที่ระดับความดันโลหิตค่าบนลดลง ร้อยละ 84.79 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 80.44 รอบเอวลดลงร้อยละ 72.73 ในเพศชาย, ร้อยละ 68.57 ในเพศหญิง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงร้อยละ 80.44 รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิกก่อนและหลังการทดลอง (n=46)

ปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก	จำนวน	ร้อยละ	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	*p*-value
1 .ดัชนีมวลกาย						
หลัง < ก่อน (ลดลง)	28	60.87	19.16	536.50	-3.629	< 0.001**
หลัง > ก่อน (เพิ่มขึ้น)	7	15.22	13.36	93.50		
หลัง = ก่อน (คงเดิม)	11	23.91				
2 .ค่าความดันโลหิตค่าบน						
หลัง < ก่อน (ลดลง)	39	84.79	23.27	907.50	-4.406	< 0.001**

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมตาบอลิก	จำนวน	ร้อยละ	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	*p*-value
หลัง > ก่อน (เพิ่มขึ้น)	6	13.04	21.25	127.50		
หลัง = ก่อน (คงเดิม)	1	2.17				
3.ค่าความดันโลหิตค่าล่าง						
หลัง < ก่อน (ลดลง)	26	56.52	20.12	523.00	-0.327	0.744
หลัง > ก่อน (เพิ่มขึ้น)	18	39.13	25.94	467.00		
หลัง = ก่อน (คงเดิม)	2	4.35				
4.ระดับน้ำตาลในเลือด						
หลัง < ก่อน (ลดลง)	37	80.44	23.77	879.50	-4.090	< 0.001**
หลัง > ก่อน (เพิ่มขึ้น)	8	17.39	19.44	155.50		
หลัง = ก่อน (คงเดิม)	1	2.17				
5.รอบเอว						
เพศชาย(n=11)						
หลัง< ก่อน (ลดลง)	8	72.73	5.38	43.00	-2.439	0.015*
หลัง > ก่อน(เพิ่มขึ้น)	1	9.09	2.00	2.00		
หลัง = ก่อน(คงเดิม)	2	18.18				
เพศหญิง (n=35)						
หลัง < ก่อน(ลดลง)	24	68.57	14.02	336.50	-3.577	< 0.001**
หลัง > ก่อน(เพิ่มขึ้น)	3	8.57	13.83	41.50		
หลัง = ก่อน(คงเดิม)	8	22.86				
6.ระดับน้ำตาลสะสม						
หลัง < ก่อน (ลดลง)	37	80.44	23.77	879.50	-4.090	< 0.001**
หลัง > ก่อน (เพิ่มขึ้น)	8	17.39	19.44	155.50		
หลัง = ก่อน (คงเดิม)	1	2.17				

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

อภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้อภิปรายผลที่ได้จากการวิจัย ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้ ความมุ่งมั่นตั้งใจ และการปฏิบัติตน ดีกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความมุ่งมั่นตั้งใจในการ ปฏิบัติตัว หลังจัดโมเดลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ส่วนการปฏิบัติตัว ในการควบคุมป้องกันโรค ไม่แตกต่างกัน ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัว เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนส่วนการปฏิบัติตัว ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ในเรื่องความรู้สอดคล้องกับ Dheengarm, Tiautchasuwan, & Boromtanarat (2012); Jangwang (2014) พบว่า ความรู้มีการรับรู้ในระดับมาก มีความมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง Boonyasopun, Perngmark, & Thongtamlung (2011) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ไม่สอดคล้องกับ Jugsingto (2017) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ดีกว่าก่อนการทดลอง

โดยทั่วไปในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อมีการจัดกิจกรรมผู้เข้าร่วมย่อมมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ในส่วนของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะหลายปัจจัย เช่น การประเมินการปฏิบัติตัวในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินตนเอง อาจคิดว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ได้ปฏิบัติตัวดีขึ้น แต่น้อยกว่าที่ตนเองได้คาดหวังไว้ จึงประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง จะเห็นได้จากการลดลงของระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย แสดงถึงผลของการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงทำให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ นอกจากนี้อาจจะเนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา เช่น พบว่าปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Banklang, Duangpunmat, & Rodseeda (2016)

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน ขั้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย และขั้นกำลังปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งบุคคลที่อยู่ในแต่ละขั้นมีความพร้อม ในขณะเดียวกันอาจเปลี่ยนแปลงขั้นความพร้อมไปในทิศทางลดลง หรือเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา มีความเป็นไปได้ว่าในช่วงของการประเมินหลังการทดลองเป็นบางจุดที่ผู้เข้าร่วมมีทิศทางพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลง ดังนั้น การติดตามและสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น หรือการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมน่าจะช่วยเสริมพลังให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน ในการทดลองนี้ประเมินในช่วง 6 เดือน การติดตามหลังจาก 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะสิ้นสุด บุคคลมั่นใจว่าจะไม่กลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอีกนั้น น่าจะช่วยตอบคำถามนี้ได้ดียิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 2 หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก การควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตค่าบน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความดันโลหิตค่าล่างลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ

ผลจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนา ทำให้ปัจจัยเสี่ยงเมตาบอลิกในกลุ่มผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นที่น่าพอใจ ประมาณร้อยละ 80 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีปัจจัยเสี่ยงลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Panidchakul & Samranbua (2013) ศึกษาการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อใช้ในการลดความดันโลหิต พบว่า การประยุกต์ใช้โมเดลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นแนวทางให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แสดงให้เห็นว่า หากมีการปรับใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงลงได้ เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีน้อยประกอบกับมีผู้ป่วยจำนวนมาก การดำเนินการต้องใช้เวลาและบุคลากรจึงยังคงมีอุปสรรคอยู่ แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาคลินิกให้ได้ตามมาตรฐาน จะช่วยในการจัดกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น

Klinwichit, Piriyapun, & Inchai (2003) พบว่า อิทธิพลต่อตนเองในการควบคุมพฤติกรรมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพที่สำคัญที่สุด คือ ตนเอง เพื่อน และตัวอย่างของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้เสริมกิจกรรมการคัดเลือกบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เพื่อเสริมอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงลึกถึงการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม แต่ใช้เพียง อสม. ในการติดตามดูแลและกระตุ้น และคิดว่าได้ผลดีในระดับหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ โดยขั้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ขั้นกำลังปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งใช้ระยะเวลา 4 - 6 เดือน แล้วทำการเก็บข้อมูล ซึ่งยังอยู่ในช่วงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเช่นเดิม แต่ภาวะเสี่ยงได้ลดลง ส่วนขั้นสิ้นสุด เป็นขั้นที่บุคคลมั่นใจว่าจะไม่กลับไปกระทำพฤติกรรมเดิมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพอีก ยังคงต้องใช้ความต่อเนื่องในการติดตาม ดังนั้น ท่ามกลางบุคลากรและทรัพยากรที่จำกัด และข้อจำกัดในเรื่องวิถีชีวิตของชุมชน รพ.สต. จำเป็นต้องสร้างเครือข่ายในพื้นที่เพื่อแบ่งเบาภาระงานที่เป็นอยู่ ดังนั้น จึงดำเนินการต่อไปในพื้นที่และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อไม่ให้ซ้ำซาก และเพิ่มการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้มีความยั่งยืน และซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมต่อไปในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการปรับรูปแบบการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการปฏิบัติตนของกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นเพียงเล็กน้อย

2. ประยุกต์รูปแบบไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ เนื่องจากพบว่าการใช้โมเดลดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยทำให้ปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตรบอลิกลดลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อถอดบทเรียนในการจัดโปรแกรมทดลอง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับพื้นที่มากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงได้

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึก โดยการศึกษาในกลุ่มที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถลดได้ว่าในเชิงลึกแล้วมีปัจจัยอื่นที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษา และมีส่วนส่งเสริม หรือเป็นข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

References

Banklang, A. Duangpunmat, U. & Rodseeda, P. (2016). Factors affecting to health behavior among type 2 diabetes patients, in area of Sila health promoting hospital, Muang District, Khon Kaen province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen, 23*(1), 85-94.

Boonyasopun, U., Perngmark, P. & Thongtamlung, J. (2011). Perceived susceptibility to hypertension and preventive behaviors among transitional aged women in Thachang district, Suratthani province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, *3*(1), 47-60.

Bureau of Non Communicable Disease. (2018*). Report of the office of NCDs, year 2018*. Nonthaburi: Aksorn Grphic and Design Publishing Limited Partnership. (in Thai)

Dheengarm, B., Tiautchasuwan, Y., & Boromtanarat, C. (2012). Factors affecting the practice in prevention of diabetes and hypertension of population at risk group in the responsible area of Ban Phon Muang health center, Chumphonburi district, Surin province. *Research and Development Health System Journal, 5*(3), 127-134.

Jangwang, S. (2014). *Factors related to self-care behavior in the prevention of diabetes and hypertension among at risk group In Sadao district, Songkhla province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health program in community health of graduate school, Songkhla Rajabhat University, (in Thai)

Jugsingto, C., (2017). *Effectiveness of health behavior modification program In high risk group for diabetes hypertention and obesity.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health program in health management, Rajabhat Rajanagarindra University. (in Thai)

Klinwichit, W., Piriyapun, P. & Inchai, P. (2003). Health status, health perception, health promotion behavior and social support of pre-diabetic and metabolic syndrome in students: Burapha University. *Journal of Nursing and Education, 3*(2), 86-89.

Mattayakorn, K. (2016). *The development of the transtheoretical model on exercise behavior of working people.* A dissertation is an integral part of the study of the doctor of philosophy program, exercise and sport science; Burapha University. (in Thai)

Panidchakul, K. & Samranbua, A. (2013). An application of transtheoretical model to promote exercise. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, *19*(1), 66-75.

Srisaluk, J. (2014). *Trends for non-communicable diseases research NCD.* Retrieved November 10, 2019 from https://www.hsri.or.th/ researcher/research/trend/detail/4999. (in Thai)

Thianthawon, W. (2019). *Diabetes: silent disaster every 8 seconds, 1 person dies.* Retrieved November 10, 2019 from https://www.matichon.co.th/columnists/news_1747055. (in Thai)

Vijitsoonthornkul, K. & Chasombut, S. (2015). *A study of the situation of premature death in Thailand.* Retrieved January 12, 2020 from https://www.thaincd.com/2016/mission3. (in Thai)

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021, 1(2), 16-29. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564
https://he02-thaijo.org/index.php/JHSP Vol. 1 No. 2 May – August 2021

การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of a Medical Supplies Management System in Tambon Health Promoting Hospitals of Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province

มัตติกา ประพฤติดี

Mattika Praprukdee

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: February 16, 2021; Revised: March 25, 2021; Accepted: April 12,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการ PDCA นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์ และศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ศึกษา คือ รพ.สต. ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบบันทึกตามมาตรฐานงานคลังเวชภัณฑ์ คือ แบบบันทึกการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ และแบบบันทึกรายการยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ เป็นเครื่องมือในการวิจัย วิเคราะห์มูลค่า และเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ด้วยมูลค่าต้นทุนซึ่งมีหน่วยเป็นสกุลเงินบาท

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ประกอบด้วย 1) แนวทางการขนส่งยาโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่งเดือนละ 1 ครั้ง 2) การบริหารคลังเวชภัณฑ์โดยการแยกประเภทด้วยการจัดทำป้ายชื่อยาและเวชภัณฑ์โดยใช้สีกำหนดประเภท และการจัดทำปริมาณการใช้สูงสุดและปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน 3) การจัดห้องจ่ายยาและระบบการเบิกยาจากคลังเวชภัณฑ์ 4) การใช้ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีปริมาณการใช้สูงสุดและปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน และ 5) การบริหารยาและเวชภัณฑ์ไม่ให้เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ผลจากการดำเนินการพัฒนางาน พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 พบว่า มูลค่าการเบิกยารวมลดลงเป็นเงินจำนวน 775,553.00 บาท (ร้อยละ 55.79) และมีความสม่ำเสมอในการเบิกยาเป็นประจำทุกเดือน และมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ลดลงเป็นเงินจำนวน 3,402.10 บาท (ร้อยละ 9.63) สำหรับมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ พบว่า มูลค่ายาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุลดลงเป็นเงินจำนวน 56,032.00 บาท (ร้อยละ 65.6) และมูลค่าเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุลดลงเป็นเงินจำนวน 4,260.00 บาท (ร้อยละ 100)

ข้อเสนอแนะ ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต.ทั้งเครือข่าย ควรนำแนวทางการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

คำสำคัญ : คลังเวชภัณฑ์, การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mattika_pr@hotmail.com)

Abstract

This action research with plan-do-check-act (PDCA) process aimed to: 1) develop a new medical supplies management system for a Tambon Health Promoting Hospitals in Phraphom District of Nakhon Si Thammarat Province, and to 2) compare the value of drugs and medical supplies that were deteriorated or expired before and after the implementation of the new medical supplies management system in the medical supplies warehouse. Samples were 6 medical supplies storage from the Tambon Health Promoting Hospitals. Data were collected between October, 2019 and September, 2020, using a record form based on the standard of medical supplies, namely the disbursement record form for drugs and medical supplies, and the list of deteriorated or expired drugs. Cost analysis, and value comparison were conducted in Thai Baht currency.

Results revealed that the developed medical supplies management system included: 1) drug delivery done by the hospital once a month, 2) label and color were used for classification of supplies, 3) documentation of the highest and the lowest consumption per supply and per month, 4) a drug withdrawal system from the pharmaceutical storage, 5) data on the highest and lowest consumption drug reclaims, as well as 6) administration of drugs and medical supplies to prevent deterioration or expiration. Evaluation of the new management showed that in the fiscal year 2020, the total drug withdrawal amount decreased to 775,553.00 baht (55.79%). Since there was a regular monthly drug withdrawal, the value of medical supplies decreased to 3,402.10 Baht (9.63%). Nevertheless, value of deteriorated or expired drugs and medical supplies decreased to 56,032.00 Baht (65.6%), and 4,260.00 baht (100%), respectively.

Persons responsibility for managing pharmaceutical supplies in the pharmaceutical warehouses of Sub-district Health Promotion Hospital should be applied the network guidelines for the development of pharmaceutical management system to improve the quality of work to the same standard.

Keywords: Medical Supplies Management, Warehouse, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ยาและเวชภัณฑ์มีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและเกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขา กระบวนการใช้ยาจึงมีเป้าหมายหลักคือการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพ ตรงตามข้อบ่งใช้และโรคของผู้ป่วย มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่าเหมาะสมตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Techajumroensuk & Yodsombat, 2018) การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์จึงเป็นการบริหารที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์สำหรับผู้รับบริการที่เพียงพอ มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลในการรักษา การบริการระบบยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วยการคัดเลือก การจัดซื้อ จัดหา

การตรวจรับ การควบคุม การเก็บรักษา การเบิกจ่าย การใช้ การตรวจสอบและการรายงาน (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 1999) ซึ่งผู้ดำเนินการต้องมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบพัสดุ ความเชี่ยวชาญทางเทคนิคเกี่ยวกับสรรพคุณยา การจัดเก็บ การรักษา และประสบการณ์ในการกระจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพทั้งระบบของยา รวมถึงความปลอดภัยของยาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาและมีความปลอดภัย (Fungsuk & Polnok, 2017) รัฐบาลได้มีการแถลงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียม และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนทั้งทางกาย จิตและสังคม (Universal Health Coverage Committee, 2001) โดยให้บริการผ่าน รพ.สต. ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีการดูแลประชาชนอย่างเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการทุกระดับภายใต้มาตรฐานการบริการสาธารณสุขจะทำให้เกิดความประหยัดในด้านงบประมาณเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ การบริหารให้ดีนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงหลักการที่ดำเนินการ คือ ต้องมีความเข้าใจในระเบียบแบบแผน การปฏิบัติกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ต้องมีความโปร่งใส โดยจะต้องมีการกำหนด หลักเกณฑ์ขั้นตอนต่าง ๆ ให้ชัดเจนเปิดเผย และให้คนอื่น ๆ สามารถเข้าใจและตรวจสอบได้ และต้องคำนึงถึงประโยชน์ของทางราชการหรือประโยชน์ส่วนรวมเป็นหลัก

จากการลงไปดำเนินงานเภสัชกรรมใน รพ.สต. ในอำเภอพระพรหม จำนวน 6 แห่ง พบว่า การบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ยังไม่มีการกำหนดตำแหน่งผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เนื่องจากในแต่ละ รพ.สต. มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ต่างกัน จึงใช้วิธีการมอบหมายให้กับผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์เป็นส่วนใหญ่ สำหรับผลดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. พบว่า มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์ในคลังที่มากเกินไปโดย มีการเบิกยาและเวชภัณฑ์ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 มูลค่า 1,108,266 บาท, 991,502 บาท และ 953,884 บาท ตามลำดับ และการจัดส่วนเก็บยายังไม่เป็นหมวดหมู่และขาดการควบคุมการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งยังมียาที่เสื่อมสภาพและหมดอายุ โดยในปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบยาเสื่อมสภาพและหมดอายุมูลค่า 98,549 บาท, 95,927 บาท และ 89,680 บาท ตามลำดับ โดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณการใช้ เนื่องด้วยข้อจำกัดของการขนส่งเนื่องจากเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ต้องใช้รถส่วนตัวหรือเหมารถรับจ้างในการไปเบิกยาที่คลังยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลมายัง รพ.สต. และไม่อยากไปเบิกยาที่โรงพยาบาลบ่อย ๆ จึงทำให้มีการสำรองยาไว้ใน รพ.สต. ที่มากเกินไป อัตราการสำรองยาบางรายการหลายเดือน และไม่ได้มีการสำรวจอัตราการใช้ของยาแต่ละรายการ ทำให้การสำรองยาบางรายการมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป และไม่มีการเบิกจ่ายเพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วย ทำให้มูลค่ายาในคลังมากจนเกินไป ซึ่งส่งผลให้ยาในคลังหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ด้วยปัญหาดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าหากมีระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดผลเสียต่อมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่สูญเสียไป ส่งผลทำให้เสียงบประมาณของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ฉะนั้น จึงมีการบริหารจัดการร่วมกับ รพ.สต. ในเขตอำเภอพระพรหม เพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายในการสำรองยาคงคลังมากเกินจำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้ยาเสื่อมคุณภาพหรือยาหมดอายุ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. โดยการปรับปรุงพัฒนางานระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อเป็นการรับรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และผู้ปฏิบัติงานเองควรมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่าย

สาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. เพื่อให้การบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทของพื้นที่และทรัพยากรที่มีจำกัด (Fungsuk & Polnok, 2017)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นลักษณะงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ในเขตอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเน้นที่การพัฒนาระบบการขนส่งยาจากคลังยาของโรงพยาบาลมายังคลังยาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. เพื่อลดปริมาณการสำรองยาที่มากเกินไป ป้องกันยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุ และต้องมีระบบการเบิกจ่ายยาที่เป็นปัจจุบัน มีการเก็บยาและเวชภัณฑ์ในสถานที่ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อหาแนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PDCA เพื่อพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งสิ้นจำนวน 6 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกตามมาตรฐานงานคลังยาและเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์และแบบบันทึกรายการยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความความเที่ยงตรง (Validity) และปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน รพ.สต. ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการตามแนวคิดการพัฒนาแบบ PDCA ดังนี้

การวางแผน (Plan: P)

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัย และเก็บข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม และผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่งในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขอกำหนดการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่บุคลากร และอธิบายทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล

2. ร่วมประชุมวางแผนการพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ผู้ร่วมดำเนินการพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ในแต่ละ รพ.สต. จะมีจำนวนไม่เท่ากัน เนื่องจาก แต่ละ รพ.สต. มีขนาดที่ต่างกัน ส่งผลให้มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ต่างกันด้วย เพราะฉะนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสำคัญกับแนวทางกระบวนการหรือขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. เท่านั้น

การปฏิบัติ (Do: D)

3. ดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับความรู้และเป็นพื้นฐานในการดำเนินงาน

4. จัดทำบัญชียาของ รพ.สต. โดยอ้างอิงจากบัญชียาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

5. จัดระบบคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

6. วางแผนการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต.

7. กำหนดขั้นตอนการเบิกยาและจัดทำปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) และปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน (Minimum stock) ของยาแต่ละรายการ ตลอดจนแนวทางการแลกเปลี่ยนยากับโรงพยาบาลในรายการที่มีอายุไม่เกิน 6 เดือน ด้วยวิธีการคิด ดังนี้

ปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน (Minimum stock)= ปริมาณการใช้ยารายการนั้นในปีที่ผ่าน/12

ปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock)= ปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน (Minimum stock)x1.5

8. ลงพื้นที่ปฏิบัติการเภสัชกรรมปฐมภูมิใน รพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง

การตรวจสอบ (Check: C)

9. วางแผนการจัดเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต.

10. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน

การปรับปรุงแก้ไข (Action: A)

11. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเข้าที่ประชุม เพื่อคืนข้อมูลและวางแผนการพัฒนางานที่ยังมีปัญหา ตลอดจนนำเสนอปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์มูลค่าและเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ด้วยมูลค่าต้นทุนซึ่งมีหน่วยเป็นสกุลเงินบาท

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมวิจัยโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 025/2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2563

ผลการวิจัย

1. แนวทางพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต.

การดำเนินการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เริ่มต้นด้วยการประชุมวางแผนพัฒนาคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลพระพรหม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม และ รพ.สต. ทุกแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ปรับทัศนคติในการทำงาน ตลอดจนมีกระบวนการอบรมเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานคลังเวชภัณฑ์ โดยมีแนวทางในการดำเนินการบริหารคลังเวชภัณฑ์ ดังนี้

1.1 แนวทางการขนส่งยา การนำส่งยาจากคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลพระพรหมไปยังคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. โดย รพ.สต. จะส่งใบเบิกยาและเวชภัณฑ์มายังโรงพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน และโรงพยาบาลจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ให้กับ รพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะต้องดำเนินการตรวจสอบจำนวนกล่องและลงชื่อรับยาและเวชภัณฑ์ในใบนำส่งยาและเวชภัณฑ์ ส่วนเอกสารการนับจำนวนยาและเวชภัณฑ์ที่เบิกจะพิมพ์ออกมาจากโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์และส่งคืนให้กับ รพ.สต. ในรอบนั้น ๆ

ภาพ 1 การนำส่งยา

1.2 การบริหารคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. จะจัดให้มีระบบการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ โดยแยกเป็นประเภท และจัดทำป้ายชื่อยาและเวชภัณฑ์ โดยใช้สีมากำหนดประเภทของยา และให้มีการระบุปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) และปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน (Minimum stock) ที่ชื่อยานั้น ๆ

- สีเขียว – ยาเม็ด
- สีส้ม – ยาสมุนไพร
- สีม่วง – ยาฉีดและสารน้ำ
- สีฟ้า – เวชภัณฑ์มิใช่ยา
- สีเหลือง – ยาน้ำ
- สีชมพู– ยาโรคเรื้อรัง
- สีแดง – ยาใช้ภายนอก

ภาพ 2 การใช้สีกำหนดประเภทของยา

1.3 ห้องจ่ายยาของ รพ.สต. จะมีการจัดทำป้ายชื่อยาซึ่งจะใช้สีมากำหนดประเภทของยา เช่นเดียวกับคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. และมีการกำหนดให้จัดทำปริมาณการใช้สูงสุดต่อสัปดาห์ (Maximum stock) ปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อสัปดาห์ (Minimum stock) ที่ชื่อยานั้น ๆ และกำหนดให้มีการเบิกยาจากคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. มายังห้องจ่ายยาสัปดาห์ละครั้ง

ภาพ 3 การจัดทำป้ายชื่อยาและการใช้สีกำหนดประเภทของยาในห้องจ่ายยา

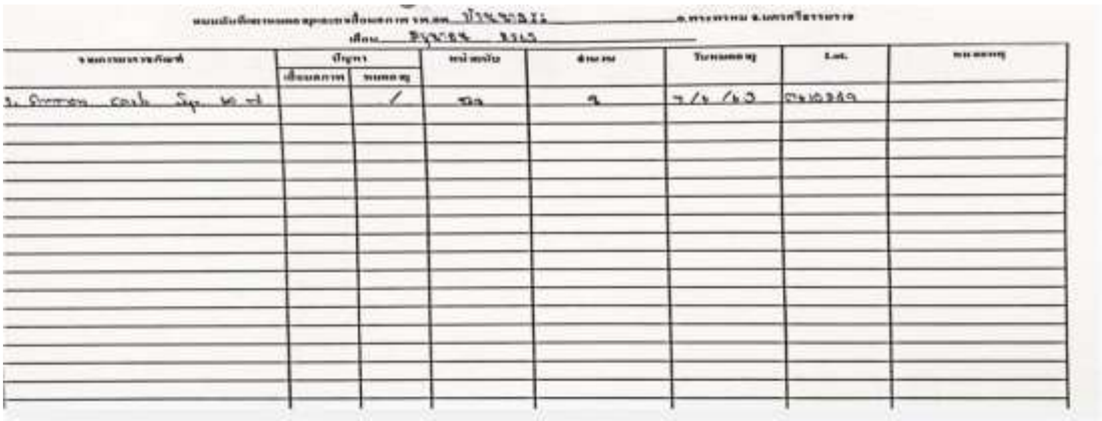
1.4 เปลี่ยนรูปแบบใบเบิกยาและเวชภัณฑ์โดยกำหนดให้มีปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) ปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน (Minimum stock) และปริมาณคงคลังแนบมาให้ทุกครั้งที่มีการเบิกยาและเวชภัณฑ์ โดยยาและเวชภัณฑ์ที่เบิกเมื่อรวมกับปริมาณคงคลังที่มีอยู่ จะต้องไม่เกินปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock)

ใบเบิก รพ.สต.บ้านท่าช้าง เดือน สิงหาคม 2563										
ลำดับ	รายการเวชภัณฑ์	ประเภทยา	หน่วยบรรจุ	Maximu เดือน	Minimun เดือน	คงคลัง	จำนวนเบิก	จำนวนที่ได้รับ	Lot.No	exp.
	Anti - infective									
1	Albendazole tab.	ED	100's	45	30					
2	Amoxicillin 250 mg cap.	ED	1*500	60	40					
3	Amoxicilin 500 mg	ED	1*500	150	100					
4	Amoxicillin syr. 125 mg/5 ml	ED	1	6	4					
5	Dicloxacillin dry syr. 60 ml	ED	1	2	1					
6	Dicloxacillin cap 250 mg	ED	1*500	450	300					
7	Co-trimoxazole susp. 60 ml	ED	1	8	5					
8	Erythromycin syr. 60 ml	ED	1	3	2					
9	Metronidazole 400 mg tab.	ED	1*500	150	100					
10	Roxitromycin 150 mg	ED	1*100	150	100					
	Antiseptic and disinfectant									
1	Ethyl alcohol 70% 450 ml	ED	1	6	4					
2	Ethyl alcohol 70% 60 ml	ED	1	0	0					
3	Betadine 10% 450 ml	ED	1	0	1					
4	Betadine 10% 30 ml	ED	1	4.5	3					
5	Ethyl alcohol 95 % 450 ml	ED	1	3	2	0	2			
	Drug acting on CNS									
1	Amitriptyline tab 10 mg	ED	1*500	180	60					
2	Dimenhydrinate 50 mg inj.	ED	1	2	0					
3	Dimenhydrinate 50 mg tab.	ED	1*1000	240	160					
4	Betahistine 6 mg tab	ED	1*500	240	160					
1	Ibuprofen 200 mg tab.	ED	1*500	120	80					
2	Paracetamol 325 mg tab.	ED	1*1000	180	120					
3	Paracetamol 500 mg	ED	1*500	1500	1000					
4	Paracetamol syr. 120 mg /5 m	ED	1	102	68	8	60			

ภาพ 4 ใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ระบุปริมาณการใช้สูงสุดและปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือน

1.5 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ไม่ให้เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ดำเนินการโดย รพ.สต. จะต้องใช้หลักการใช้ยาและเวชภัณฑ์แบบ First in first out เพื่อใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่นำเข้าในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ก่อน - หลัง หากยาและเวชภัณฑ์ใกล้เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ สามารถนำมาคืนยังโรงพยาบาลได้ เพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ก่อนที่จะเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ทั้งนี้ หากมียาหรือเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ รพ.สต. จะต้องบันทึกข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุไว้ตามแบบฟอร์มที่กำหนด เพื่อรวบรวมข้อมูลไปวางแผนพัฒนางานต่อไป

ภาพ 5 การติดสติ๊กเกอร์สีระบุวันหมดอายุ ตามปี พ.ศ.



ภาพ 6 การบันทึกข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

2. ผลการศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์

2.1 ผลการศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกยา ดังตาราง 1

ตาราง 1 มูลค่าการเบิกยาในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. แยกราย รพ.สต. เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน

รพ.สต.	มูลค่ายาที่เบิก (บาท)			
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	มูลค่าที่ลดลง (บาท)	มูลค่าที่ลดลง (ร้อยละ)
รพ.สต. แห่งที่ 1	216,297.87	111,624.41	104,673.46	48.39
รพ.สต. แห่งที่ 2	177,460.31	82,532.12	94,928.19	53.49
รพ.สต. แห่งที่ 3	186,937.08	82,453.44	104,483.64	55.89
รพ.สต. แห่งที่ 4	252,958.46	133,838.72	119,119.74	47.09
รพ.สต. แห่งที่ 5	338,791.62	110,659.16	228,132.46	67.34
รพ.สต. แห่งที่ 6	217,721.04	93,505.53	124,215.51	57.05
รวม	**1,390,166.38**	**614,613.38**	**775,553.00**	**55.79**

จากตาราง 1 พบว่า มูลค่าการเบิกยาใน รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 614,613.38 บาท ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2562 (ก่อนการดำเนินงาน) เป็นเงินจำนวน 775,553.00 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 55.79 เมื่อพิจารณาราย รพ.สต. พบว่า รพ.สต. แห่งที่ 5 สามารถลดมูลค่าการเบิกยาได้มากที่สุด (ร้อยละ 67.34 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 228,132.46 บาท) รองลงมา คือ รพ.สต. แห่งที่ 6 (ร้อยละ 57.05 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 124,215.51 บาท) และ รพ.สต. แห่งที่ 3 (ร้อยละ 55.89 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 104,483.64 บาท) ตามลำดับ

2.2 ผลการศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ ดังตาราง 2

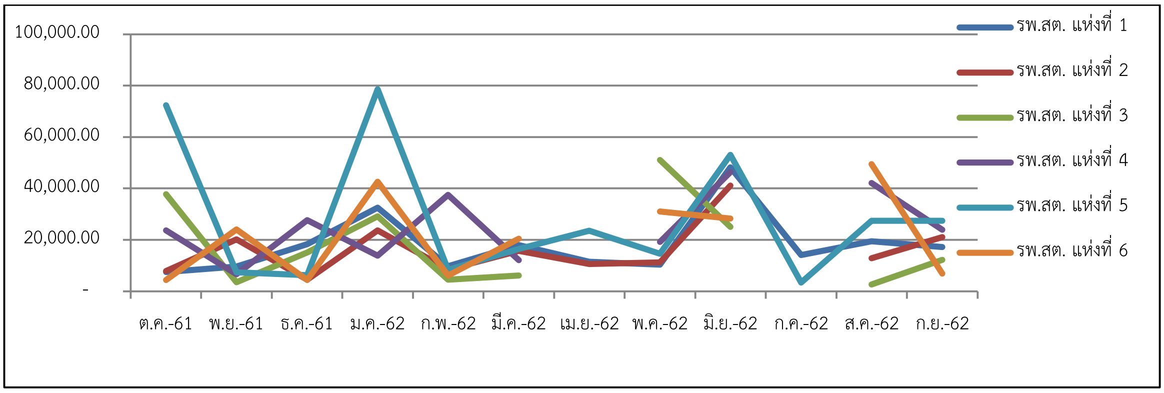
ตาราง 2 มูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. แยกราย รพ.สต. เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน

รพ.สต.	มูลค่าเวชภัณฑ์ที่เบิก (บาท)			
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	มูลค่าที่ลดลง (บาท)	มูลค่าที่ลดลง (ร้อยละ)
รพ.สต. แห่งที่ 1	6,200.00	5,004.90	1,195.10	19.28
รพ.สต. แห่งที่ 2	3,543.00	2,290.80	1,252.20	35.34
รพ.สต. แห่งที่ 3	7,866.00	5,573.70	2,292.30	29.14
รพ.สต. แห่งที่ 4	5,722.00	6,115.80	-393.80	-6.88
รพ.สต. แห่งที่ 5	8,358.00	8,543.70	-185.70	-2.22
รพ.สต. แห่งที่ 6	3,635.00	4,393.00	-758.00	-20.85
รวม	**35,324.00**	**31,921.90**	**3,402.10**	**9.63**

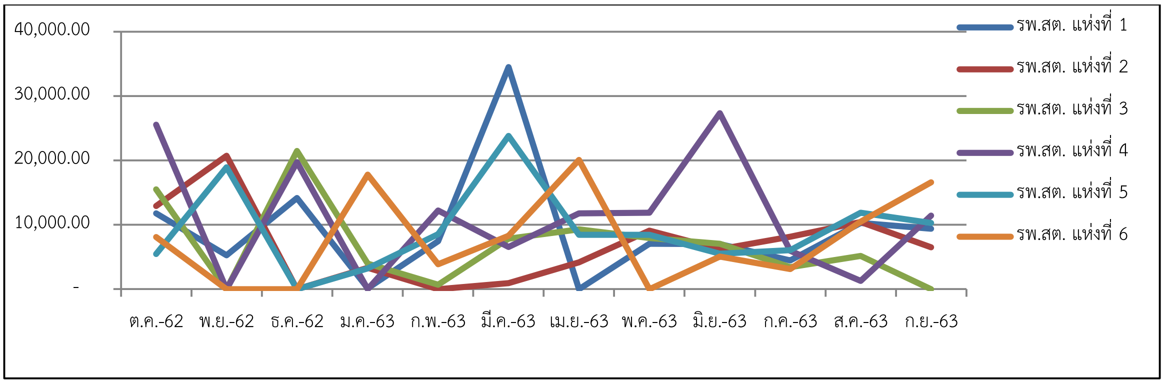
จากตาราง 2 พบว่า มูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 31,921.90 บาท ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2562 (ก่อนการดำเนินงาน) เป็นเงินจำนวน 3,402.10 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 9.63 เมื่อพิจารณาราย รพ.สต. พบว่า รพ.สต. แห่งที่ 2 สามารถลดมูลค่าการเบิกเวชภัณฑ์ได้มากที่สุด (ร้อยละ 35.34 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 1,252.20 บาท) รองลงมา คือ รพ.สต. แห่งที่ 3 (ร้อยละ 29.14 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 2,292.30 บาท) และ รพ.สต. แห่งที่ 1 (ร้อยละ 19.28 หรือคิดเป็นจำนวนเงิน 1,195.10 บาท) ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาความสม่ำเสมอของมูลค่าการเบิกยารายเดือน

ความสม่ำเสมอของมูลค่าการเบิกยารายเดือนใน รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง พบว่า มูลค่าการเบิกยาปีงบประมาณ 2562 ไม่มีความสม่ำเสมอ โดยจะเห็นได้ว่ามูลค่าการเบิกในแต่ละเดือนจะมีมูลค่าสูงต่ำต่างกันค่อนข้างมาก และบางเดือนไม่มีการเบิกยา รายละเอียดดังภาพ 7 สำหรับมูลค่าการเบิกยา ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ในช่วงครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ คือ เดือนตุลาคม 2562 - มีนาคม 2563 มีมูลค่าการเบิกยาไม่สม่ำเสมอเหมือนปีงบประมาณ 2562 แต่จะมีมูลค่าการเบิกยาสม่ำเสมอตั้งแต่เดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ หากพิจารณามูลค่าการเบิกรายเดือน พบว่า รพ.สต. มีการเบิกยาเป็นประจำทุกเดือน รายละเอียดดังภาพ 8



ภาพ 7 กราฟแสดงความสม่ำเสมอของมูลค่าการเบิกยารายเดือน ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2562



ภาพ 8 กราฟแสดงความสม่ำเสมอของมูลค่าการเบิกยารายเดือน ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ปีงบประมาณ 2563

4. ผลการศึกษาและเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุใน รพ.สต. จำนวน 6 แห่ง พบว่า มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 29,388.00 บาท ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2562 (ก่อนการดำเนินงาน) เป็นเงินจำนวน 60,292.00 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 67.2

เมื่อพิจารณาแยกประเภทยาและเวชภัณฑ์ออกจากกัน พบว่า มูลค่ายาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 29,388.00 บาท ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2562 (ก่อนการดำเนินงาน) เป็นเงินจำนวน 56,032.00 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 65.6

สำหรับมูลค่าเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ปีงบประมาณ 2563 เป็นเงินจำนวน 0.00 บาท ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณ 2562 (ก่อนการดำเนินงาน) เป็นเงินจำนวน 4,260.00 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 100 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ภาพรวม เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน

ประเภท	**มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ (บาท)**			
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	มูลค่าที่ลดลง(บาท)	มูลค่าที่ลดลง (ร้อยละ)
ยา	85,420.00	29,388.00	56,032.00	65.60
เวชภัณฑ์	4,260.00	0.00	4,260.00	100.00
รวม	**89,680.00**	**29,388.00**	**60,292.00**	**67.23**

อภิปรายผล

การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. สามารถประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก การดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srilamart & Bouphan (2013) ที่พบว่า แรงจูงใจความสัมพันธ์กับการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Leelavethaphong & Sotangkur (2011) ที่พบว่าความสำเร็จในการบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีต้องได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้ ผู้เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่

เริ่มต้นกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผนและหาแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบท และร่วมกันดำเนินงานภายใต้แผนงานและแนวทางที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fungsuk & Polnok (2017) และ Boonphasit (2018) ซึ่งประกอบด้วย แนวทางการจัดส่งยา โดยโรงพยาบาลจะเป็นผู้นำส่งยาเดือนละครั้ง ซึ่งข้อดีของการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเช่นนี้ จะทำให้ รพ.สต. ได้รับยาตรงตามรอบที่ควรจะเป็น และมียาใช้สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ทำให้ผู้รับผิดชอบงานคลังเวชภัณฑ์ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านบุคคล ของ รพ.สต. มีความสะดวกไม่ต้องทิ้งงานประจำเพื่อเดินทางมารับยาและเวชภัณฑ์ที่โรงพยาบาล และหาก รพ.สต. กำลังประสบปัญหาขาดแคลนกำลังคน ก็จะส่งผลให้การบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. เกิดปัญหาตามมา นอกจากนี้ยังอาจจะเกิดจากความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ (Human error) ซึ่งสามารถเกิดได้ เช่น การหลงลืม การคำนวณผิดพลาด เป็นต้น (Issaraphitakkul, 2018)

เมื่อรับยาเข้าคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. แล้ว การจัดระบบภายในคลังเวชภัณฑ์นับว่ามีส่วนสำคัญในการทำให้การบริหารคลังเวชภัณฑ์นั้นมีประสิทธิภาพ โดยในการดำเนินงานใช้วิธีการจำแนกประเภทของยาและเวชภัณฑ์ด้วยการจัดทำป้ายชื่อยา และใช้สีในการแยกประเภท ทำให้ง่ายต่อการหยิบใช้และลดโอกาสผิดพลาดในการเบิกยา นอกจากนี้ การสำรองยาและเวชภัณฑ์ ยังใช้วิธีการจัดทำปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือนและปริมาณการใช้ต่ำสุดของเดือน ซึ่งจะมีผลดีต่อปริมาณการเบิกยาและเวชภัณฑ์มาสำรองให้เพียงพอและเหมาะสมกับปริมาณการใช้ยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้ จะสามารถช่วยในส่วนของการป้องกันไม่ให้ยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุได้เป็นอย่างดี ร่วมกับการบริหารจัดการแบบ First in first out ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Chaiveerathai & Liampreecha, 2015) แต่จากการดำเนินงานยังพบปัญหาเกี่ยวกับความไม่เข้าใจระบบ และการจัดทำปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือนและปริมาณการใช้ต่ำสุดของเดือน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องต้องทำความเข้าใจและชี้แจงเป็นรายบุคคล ซึ่งจะสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ที่มีปัญหาได้ดีกว่าการทำความเข้าใจและชี้แจงในภาพรวม นอกจากนี้ ในการบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ยังพบว่า การดำเนินการรวบรวมข้อมูลและจัดการข้อมูลเกี่ยวกับการลงรับยาและเวชภัณฑ์ และการตัดจ่ายยาและเวชภัณฑ์ด้วยระบบ Manual จะมีความล่าช้าและอาจเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้นในลักษณะความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ (Human error)

บริเวณห้องจ่ายยาของ รพ.สต. จะต้องมีการจัดแยกประเภทของยาเช่นเดียวกับคลังเวชภัณฑ์เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการจ่ายยา นอกจากนี้ ควรมีการวางระบบการเบิกยาและเวชภัณฑ์จากคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. สัปดาห์ละครั้ง เพื่อให้มีความเพียงพอต่อปริมาณการใช้ สำหรับเอกสารที่จะใช้ในการสื่อสารและเก็บข้อมูลระหว่างคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. มีการกำหนดรูปแบบใหม่เพื่อให้มีการระบุปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือนและปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือนประกอบในการเบิกจ่ายทุกครั้งเพื่อทราบสถานการณ์ปริมาณยาและเวชภัณฑ์ซึ่งจะก่อให้เกิดความเหมาะสมในการเบิกยาและเวชภัณฑ์ในแต่ละหน่วยบริการด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Bantow, Sinsawat, & Parusungnoen (2016) นอกจากนี้ หากมียาและเวชภัณฑ์ที่ใกล้เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ มีแนวทางการบริหารงานโดยให้นำมาคืนโรงพยาบาล เพื่อโรงพยาบาลจะได้นำไปใช้ก่อนแต่หากมียาและเวชภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุคลังเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. จะต้องบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มที่กำหนดเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนต่อไป

จากผลการดำเนินงานพบว่า มีมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์น้อยลงอย่างมากถึงร้อยละ 55.79 และ 9.63 ตามลำดับ และมีมูลค่าการเบิกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ง่ายต่อการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

ของโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการใน รพ.สต. มีจำนวนเท่าเดิมเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ซึ่งหมายความว่า แนวทางการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ประสบผลสำเร็จในการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจาก การสนับสนุนของโรงพยาบาลในการนำส่งยาจะสามารถทำให้ รพ.สต. มียาและเวชภัณฑ์ใช้ในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งก่อนหน้านี้ รพ.สต. จะต้องมาเบิกยาและเวชภัณฑ์ด้วยตัวเองซึ่งอาจจะมีรอบในการเบิกไม่สม่ำเสมอ เพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่จึงมีการเบิกยาให้เยอะไว้ก่อนซึ่งจะส่งผลต่อมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่สูงขึ้นแต่เมื่อมีการบริหารจัดการโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่งเดือนละครั้งก็จะสามารถลดมูลค่าการเบิกยาและเวชภัณฑ์ได้เป็นอย่างมาก สำหรับยาและเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุก็เช่นกัน สามารถลดลงได้เป็นจำนวนมาก เนื่องจาก มีการกำหนดปริมาณการใช้สูงสุดและปริมาณการใช้ต่ำสุดต่อเดือนจึงทำให้ปริมาณยาและเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์มีความเหมาะสม และสามารถใช้หมุนเวียนได้โดยไม่มีการเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางการพัฒนาจากงานวิจัยไปพัฒนาระบบงานบริหารเวชภัณฑ์ในคลังเวชภัณฑ์ รพ.สต. ให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้มาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย

2. ยาและเวชภัณฑ์บางรายการที่หน่วยบรรจุเป็นกระป๋อง แต่มีปริมาณการใช้น้อยต่อปี การกำหนดปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) อาจทำไม่ได้ จึงต้องเปลี่ยนแปลงเป็นปริมาณการใช้สูงสุดต่อปี หรือต่อ 6 เดือน แทน

3. การจัดทำปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) มีการกำหนดปีละครั้ง ทำให้ยาและเวชภัณฑ์บางรายการเมื่อมีภาวะโรคระบาดหรือสถานการณ์ของโรคมากขึ้น มีจำนวนยาและเวชภัณฑ์ที่สำรองต่อเดือนไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่มารับบริการ ยาและเวชภัณฑ์บางรายการจึงจำเป็นต้องปรับปริมาณการใช้สูงสุดต่อเดือน (Maximum stock) ทุก ๆ 6 เดือน

4. โอกาสพัฒนาโดยการนำระบบคลังเวชภัณฑ์ในโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นระบบที่ รพ.สต. ใช้ในการให้บริการอยู่แล้ว มาลงรับยาและเวชภัณฑ์ในโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์และตัดจ่ายยาและเวชภัณฑ์ทำให้ทราบปริมาณยาและเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ที่เป็นปัจจุบัน ควบคู่กับการจัดทำใบคุมคลังเวชภัณฑ์ (Stock card)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ซึ่งอาจจะมีปัจจัยรบกวนที่ส่งผลต่อผลการวิจัย เช่น จำนวนผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง ราคาต้นทุนของยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งในอนาคตควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการขยายระยะเวลาให้มากขึ้น เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากปัจจัยรบกวนข้างต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบการวิจัยเพิ่มเติมโดยการนำระบบคลังเวชภัณฑ์ในโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นระบบที่ รพ.สต. ใช้ในการให้บริการอยู่แล้ว มาลงรับยาและเวชภัณฑ์ในโปรแกรมคลังเวชภัณฑ์และตัดจ่ายยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งจะทำให้ทราบปริมาณยาและเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. ที่เป็นปัจจุบัน ควบคู่กับการจัดทำใบคุมคลังเวชภัณฑ์ (Stock Card) ทั้งนี้ จะส่งผลให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

References

Bantow, J., Sinsawat, N., & Parusungnoen, T. (2016, July 25-26). The development of drugs and medical supplies inventory management system with visual control: a case study of the community hospital in Nakhon Ratchasima province. In *The 7th Engineering, science, technology and architecture conference 2016.* (in Thai)

Boonphasit, P. (2018). The development of medical management system in nursing department of Faorai hospital. *Journal of Health Science and Community Public Health, 1*(1), 39-53.

Chaiveerathai, S. & Liampreecha, W. (2015). Optimization and cost reduction of pharmaceutical inventory management: a case study of government hospital in Phitsanulok. *Journal of Community Development Research (Humanities and Social sciences), 8*(3), 139-153.

Fungsuk, N. & Polnok, A. (2017). Development of effecicient medicine inventory management of the health promoting hospital, Uthai district, Phranakorn Sri Ayutthaya province. *Huachiew Academic Journal, 21*(41), 109-122.

Issaraphitakkul, P. (2018). The study of factors affecting the management of inventory of medicines and medical supplies warehouse at the Walailak University hospital. Retrieved January 23, 2021 from https://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2561-58_1565164040.pdf. (in Thai)

Leelavethaphong, C. & Sotangkur, K. (2011). Efficiency of inventory Management; pharmacy department Charoenkrung Phacharak hospital. *Charoenkrung Phacharak Hospital Journal, 7*(2), 1-14.

Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (1999). Efficiency improving of the pharmaceutical management system, Ministry of Public Health. War Veterans Organization Publishing. (in Thai)

Srilamart, S. & Bouphan, P. (2013). Drug management of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province. *KKU Research Journal (Graduate studies), 13*(2), 121-132.

Techajumroensuk, B. & Yodsombat, K. (2018). Application of ABC-VED analysis in drug inventory and medical care management. Retrieved January 23, 2021 from https://www.file:///C:/Users/DELL/Downloads/ABC.pdf. (in Thai)

Universal Health Coverage Committee. (2001). The proposal of the universal health insurance system. Bangkok: Health System Research Institute. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

Factors Relationship to the Participation of Village Health Volunteers In the Prevention and Control of Tuberculosis Dokkhamtai Disdrict, Phayao Province

วาริน เขื่อนแก้ว

Warin Khueankaew

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

Dokkhamtai District Public Health Office, Phayao Province

(Received: November 16, 2020; Revised: December 6, 2020; Accepted: February 10,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคอำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ประชากรที่ศึกษาเป็น อสม. ที่มีอายุงาน 1 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 2,461 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 243 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ทดสอบค่าความเที่ยง KR-20 ด้านของความรู้ เท่ากับ 0.866 และในด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ 0.982 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาพรวมของความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของ อสม. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.50 (M= 9.6, *S.D.*= 1.78) ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับสนับสนุนงบประมาณจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การมีส่วนร่วมของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และการได้รับสนับสนุนงบประมาณ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การสร้างขวัญกำลังใจให้ อสม. ให้มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมวัณโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: chlorine.kaew@gmail.com)

Abstract

This research aimed to study demographic data and supportive factors among village health volunteers (VHVs) about their level of participation in order to prevent and control Tuberculosis (TB) disease. Relationship between demographic data and supportive factors in prevention and control of TB were examined. Sample was 243 VHVs who had at least one year of work experience in Dok Kham Tai District of Phayao Province. Purposive sampling method was used. Tool was a questionnaire on knowledge and participation into prevention and control of TB. Reliability of instrument was tested, using both KR-20 and Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of 0.866 and 0.982, respectively. Statistics used for data analysis were percentage, mean, and Chi-square.

The results revealed as follows. Knowledge about TB was at a low level for 46.50% of VHVs (M= 9.6, *S.D.*= 1.78). Volunteers had got their information about TB from healthcare professionals at the Tambon Health Promoting Hospital. Overall, participation of VHVs was at a moderate level (M= 3.08, *S.D.*= 0.87). Age, educational level, duration of work as a volunteer, and receiving some budget support were statistically significant correlated with the participation in the prevention and control of tuberculosis ($p<0.05$).

The present research suggest that related agencies should support the development of VHVs’capacity in terms of knowledge about tuberculosis at least once a year. Moral encouragement for VHVs should be provided to prolong their period of work. And budget should be continuously supported, in order to promote further activities and participation in TB prevention and control.

Keyword: Participation, Tuberculosis, Prevention and Control, Village Health Volunteers

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 108,000 คน ถ้าคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 100,000 คน สูงถึง 156 คน สูงกว่าเวียดนามที่มีสัดส่วน 129 คน และใกล้เคียงกับลาวที่มีสัดส่วน 168 คน แต่ที่สำคัญมากกว่า นั้นคือ ผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทยเป็นวัณโรคทั้งสามแบบคือ TB, MDR-TB และ TB/HIV ในขณะที่ประเทศส่วนใหญ่เป็นเพียงแบบเดียว ซึ่งเป็นเรื่องน่าห่วงเพราะถือเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีวัณโรคสูง (Ministry of Public Health, 2018)

สำหรับสถานการณ์วัณโรคผลจากการดำเนินงานตามมาตรการของหน่วยงานในระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ในพื้นที่รับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 1 - 12 จำนวน 11,757 ราย รักษาสำเร็จ 9,386 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.8 อยู่ระหว่างการรักษา 808 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 ซึ่งมีผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา 1,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.7

และโอนออก 204 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 เมื่อจำแนกรายเขตสุขภาพจะเห็นได้ว่า เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ มีอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.2 (Phayao District Public Health Office, 2018) สำหรับจังหวัดพะเยา มีอัตราความชุกผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ 2559 - 2561 พบว่า อำเภอที่มีอัตราความชุกผู้ป่วยวัณโรค 3 อันดับแรก คือ อ.ดอกคำใต้ อ.ปง และ อ.เมืองพะเยา โดยมีอัตราความชุก 189.10, 106.26 – 177.67 และ 106.26 -147.67 ตามลำดับ (Dokkhamtai District Public Health Office, 2018) ซึ่งระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และจังหวัดพะเยาได้ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในชุมชน และให้ความสำคัญกับผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ติดเชื้อวัณโรคปอดเป็นลำดับกลุ่มแรก, ผู้ป่วยโรคเรื้องรัง และผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของพื้นที่ที่มีการระบาดของวัณโรคสูง อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบการระบาดของโรควัณโรคสูงเป็นอันดับหนึ่ง มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนดอกคำใต้ จ.พะเยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทุกประเภทจำนวน 89, 95, 114 ราย ตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 71, 78 และ 102 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.78, 82.11 และ 89.47 ตามลำดับ ตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด 3 ตำบลแรกของอำเภอดังกล่าว คือ ต.บุญเกิด ต.ดงสุวรรณ และ ต.ดอกคำใต้ โดยมีอัตราความชุก 1,263.29, 1,160.99 และ 932.99 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Dokkhamtai District Public Health Office, 2018) สิ่งที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรควัณโรค คือ การทำความเข้าใจ ถึงปัจจัยของการเกิดโรคติดเชื้อธรรมชาติการเกิดโรค แนวทางการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ดำเนินงานได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เริ่มตั้งแต่การสำรวจผู้ป่วยและผู้สัมผัส การแจ้งเมื่อมีแหล่งของเชื้อโรค และการติดตามเฝ้าระวังโรควัณโรค ซึ่งกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่จะดูแลคนในชุมชน การแก้ไขปัญหาวัณโรค ต้องอาศัยการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจของประชาชนทุกครัวเรือน ถือเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงาน และโดยเฉพาะ อสม. ที่เป็นแกนนำสุขภาพ อยู่ใกล้ชิดในชุมชน อสม. คนหนึ่งจะดูและอย่างน้อย 8 - 15 หลังคาเรือน สามารถสอดส่อง สังเกต คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีอาการสงสัยวัณโรคได้ หากรู้เร็ว รักษาหาย ก็สามารถลดการระบาดแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน (Ministry of Public Health, 2013)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ที่มีอัตราการระบาดสูง และสามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวป้องกันและควบคุมวัณโรคที่ตรงกับปัญหา เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ให้ผู้บริหารสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนและดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรค เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชน และความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

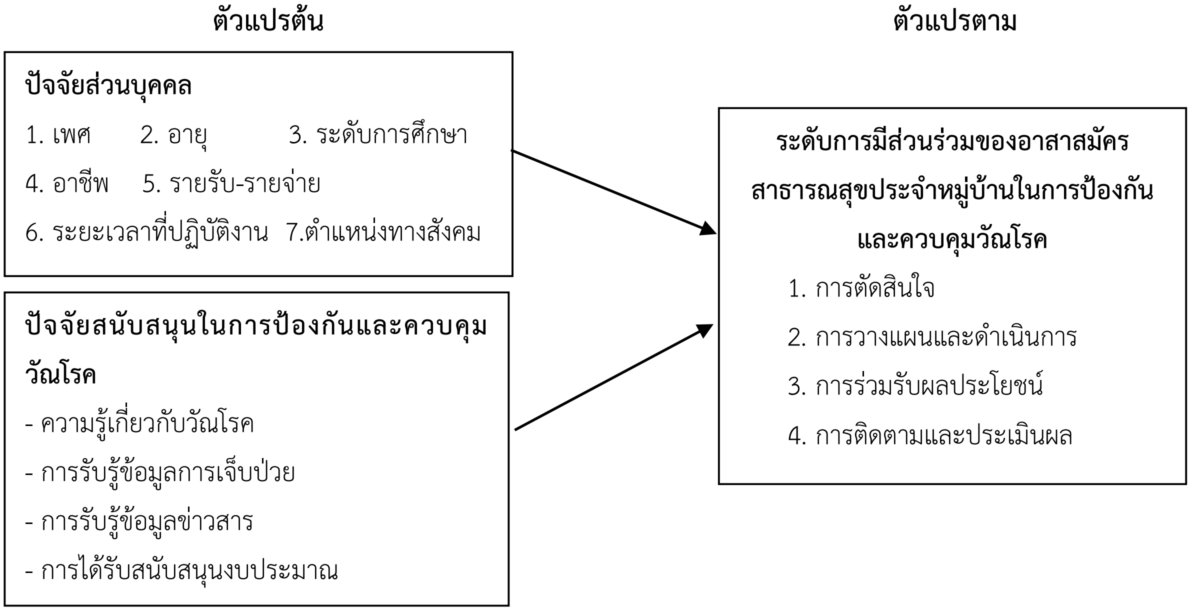
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ที่มีประสบการณ์และระยะเวลาในการทำงานในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จาก 12 ตำบล 125 หมู่บ้าน ในเขต อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา จำนวนทั้งสิ้น 2,461 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานของ Power analysis โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Lever of significance) ที่ระดับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 221 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติโดยเลือกเฉพาะ อสม. ที่รับผิดชอบงานวัณโรค และเพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุม และ

มีการกระจายตามสัดส่วนโดยกระจายทุกหมู่บ้าน (แบ่งพื้นที่เก็บข้อมูลแยกตามสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้) โดยเก็บแบบสอบถามจาก อสม. ที่รับผิดชอบงานวัณโรค เฉลี่ยหมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งหมด 250 คน และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยทั้งสิ้น 243 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.20

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายรับ-รายจ่าย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และตำแหน่งทางสังคม โดยใช้คำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นคำถามที่มีลักษณะตัวเลือกแบบประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบอิงกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามการแปลผลของ Benjamin (1975) ดังนี้ มีความรู้ระดับต่ำ (≤ 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10 - 11 คะแนน) และระดับสูง (> 12 คะแนน) 2) การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และ 4) การได้รับสนับสนุนงบประมางบประมาณ โดยใช้คำถามปลายปิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของ Cohen & Uphoff (1980) มีข้อคำถาม 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และ 5) การให้คะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค เป็นลักษณะคำตอบให้เลือกเป็นตัวเลือกแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร (Rapeepat, 2004) ดังนี้ 1) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และ 3) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 1 ท่าน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดและทำการปรับปรุง แก้ไขแบบสอบถามตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนไปทดลองใช้ วิเคราะห์โดยค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.96

การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่ม อสม. ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในเขต อ.ภูกามยาว จ.พะเยา จำนวน 39 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ได้คัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้การคำนวณของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson) แบบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงในด้านของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค เท่ากับ 0.866 และในด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ดังนี้ ด้านการตัดสินใจ เท่ากับ 0.941 ด้านการวางแผนและดำเนินงาน เท่ากับ 0.949

ด้านการรับผลประโยชน์ เท่ากับ 0.958 และด้านการติดตามและประเมินผล เท่ากับ 0.947 รวมทั้ง 4 ด้าน เท่ากับ 0.982

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยในที่ประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคประจำ รพ.สต (ผู้ช่วยศึกษา) ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดอกคำใต้ จ.พะเยา จำนวน 17 แห่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และรายละเอียดของแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยศึกษา เพื่อนำไปเก็บข้อมูลตามกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พร้อมทั้งช่วยตรวจสอบความความ ถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์ ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเติมข้อความให้สมบูรณ์ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม - 15 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ระยะเวลาทั้งสิ้น 30 วัน

3. เมื่อรวบรวมแบบสอบถามแล้ว นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องแล้ว นำไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายรับ-รายจ่าย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งทางสังคม รวมทั้งปัจจัยเอื้อทางด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการได้รับสนับสนุนงบประมาณกับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ คือ การทดสอบไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมวิจัย

วิจัยในครั้งนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย เลขที่จริยธรรม 18/2562

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ90.12 มีอายุเฉลี่ย 47 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.09 เกือบร้อยละ 80 ประกอบอาชีพทำนา รายได้เฉลี่ยจำนวน 135,372 บาทต่อปี รายจ่ายเฉลี่ยจำนวน 114,975 บาทต่อปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานเป็น อสม. 14 ปี นอกจากตำแหน่ง อสม.แล้ว ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งอื่นเพิ่มอีก 1 ตำแหน่ง เช่น กรรมการหมู่บ้าน กรรมการแม่บ้าน และสมาชิก

อบต./เทศบาล

2. ปัจจัยปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อสม. พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.50 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.27 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของ อสม.

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(≤ 9 คะแนน)	113	46.50
ระดับปานกลาง	(10 – 11 คะแนน)	93	38.27
ระดับสูง	(>12 คะแนน)	37	15.23
รวม		**243**	**100.00**

3. ปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรค เมื่อพิจารณาด้าน พบว่า ได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วย วัณโรค ร้อยละ 92.18 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.88 และได้รับสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในหมู่บ้าน ร้อยละ 52.26 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อสม. (n=243)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย		
ไม่รู้การเจ็บป่วย	19	7.82
รู้ข้อมูลการเจ็บป่วย	224	92.18
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร		
ไม่ได้รับ	10	4.12
ได้รับข่าวสาร	233	95.8
การได้รับสนับสนุนงบประมาณ		
ไม่ได้รับ	116	47.74
ได้รับสนับสนุนงบประมาณ	127	52.26

3. ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค พบว่า ในภาพรวม อสม. มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ของ อสม.แยกรายด้านและรวมด้าน

กิจกรรมการมีส่วนร่วมแยกรายด้าน	M	*S.D.*	**ระดับการมีส่วนร่วม**
1. ด้านการตัดสินใจ	3.23	0.97	ปานกลาง
2. ด้านการวางแผนและดำเนินงาน	3.20	0.88	ปานกลาง
3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์	2.72	1.01	ปานกลาง
4. ด้านการติดตามและประเมินผล	3.16	1.04	ปานกลาง
รวม	**3.08**	**0.87**	**ปานกลาง**

4. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ส่วนด้านปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรค พบว่า การได้รับสนับสนุนงบประมาณของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ ดังตาราง 4 และ 5

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค (n=243)

ปัจจัยส่วนบุคคล	**การมีส่วนร่วม**			χ^2	df	*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
1. เพศ						
ชาย	4 (16.67)	14 (58.33)	6 (25.00)	0.038	2	0.981
หญิง	40 (18.26)	125 (57.08)	54 (24.66)			
2. อายุ						
ต่ำกว่า 39 ปี	11 (31.43)	21 (60.00)	3 (8.57)	17.846	4	0.001*
40 - 49 ปี	14 (12.39)	75 (66.37)	24 (21.24)			
≥ 50 ปี	19 (20.00)	43 (45.26)	33 (34.74)			
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	21 (22.11)	41 (43.16)	33 (34.74)	14.717	4	0.005*
มัธยมศึกษาตอนต้น	9 (19.57)	27 (58.70)	10 (21.74)			
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	14 (13.73)	71 (69.61)	17(16.67)			
4. อาชีพ						
เกษตรกรรม	38(18.9)	111(55.22)	52(25.87)	1.860	2	0.395
อื่น ๆ	6(14.29)	28 (66.67)	8 (19.05)			

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การมีส่วนร่วม			χ^2	df	*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
5. รายได้						
≤ 100,000 บาท	30 (21.58)	74(53.24)	35(25.18)	4.371	4	0.358
100,001 – 300,000 บาท	11(12.36)	55(61.80)	23(25.84)			
มากกว่า 300,000 บาทขึ้นไป	3 (20.00)	10(66.67)	8(13.33)			
6.ระยะเวลาการปฏิบัติงาน						
≤ 10 ปี	17(16.19)	67(53.24)	21(25.18)	7.309	4	0.026*
11 - 20 ปี	15(20.27)	43(61.80)	16(25.84)			
21 ปีขึ้นไป	12(18.75)	29(45.31)	23(35.94)			
7.ตำแหน่งทางสังคม						
มีตำแหน่ง	20(16.13)	68(58.33)	36 (57.08)	2.727	2	0.256
ไม่มีตำแหน่ง	24(20.17)	71(59.66)	24(20.17)			

* $p < 0.05$

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค (n=243)

ปัจจัยเอื้อ	การมีส่วนร่วม			χ^2	df	*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	26 (23.01)	59(52.21)	28(24.78)	5.512	4	0.239
	13 (13.98)	60(64.51)	20(21.51)			
	5 (13.51)	20 (54.06	12(32.43)			
การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย						
ทราบ	39 (17.41)	128 (57.14)	57(25.45)	Fisher's Exact Test		0.481
ไม่ทราบ	5 (26.32)	11 (57.89)	3 (15.79)			
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร						
ทราบ	40 (17.17)	133 (57.08)	60(25.75)	Fisher's Exact		0.055
ไม่ทราบ	4 (40.00)	6 (60.00)	0 (0.00)	Test		
การได้รับสนับสนุนงบประมาณ						
ได้รับ	19 (14.96)	55(45.67)	50(39.37)	30.856	2	< 0.001
ไม่ได้รับ	25 (21.55)	81(69.83)	10(8.62)			

* $p < 0.001$

อภิปรายผล

1. ปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมวัณโรคของ อสม. อภิปรายได้ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่า อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันที่ไม่ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค แก่ อสม. ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rueankham (2019) ที่พบว่า อสม. มีความรู้มากที่สุด ได้แก่ วิธีตรวจวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ การตรวจ เสมหะ มีความรู้ถูกต้อง เช่นเดียวกับ Somrit (2015) ที่พบว่า ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการใช้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง อ.เกาะคา จ.ลำปาง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคของประชาชนในหมู่บ้าน ร้อยละ 92.18 แสดงให้เห็นว่าการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยมีการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขที่ครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรควัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuaihom (2018) ที่พบว่า อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสารว่าไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยหรือกำลังป่วยเป็นวัณโรค ร้อยละ 95.3

1.3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนโดยตรง ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.88 โดยได้รับรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวัณโรคเพราะเห็นว่าการเกิดโรควัณโรคจะส่งผลเสียต่อประชาชน จึงมีการประชาสัมพันธ์ให้ อสม. รับทราบต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Aek-apichon (2018) ที่พบว่า ช่องทางรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันวัณโรค 100% โดยทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงสุด (90.50 %)

1.4 การได้รับสนับสนุนงบประมาณ ร้อยละ 52.26 ได้รับงบประมาณจาก อปท. มากที่สุด แสดงให้เห็นว่านอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว หน่วยงานในท้องถิ่นยังตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานวัณโรค และหากมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันโรควัณโรคก็จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Punyaphu (2012) ที่พบว่า การได้รับงบประมาณในการจัดทำโครงการเพื่อสร้างความตระหนักให้กับชุมชนเกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สามารถขยายผลของกระบวนการ การค้นพบผู้ป่วยได้เร็ว และส่งต่อเพื่อรับการรักษาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2. การมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้จะเป็นเพราะว่า อสม. มีบทบาทที่จะช่วยในการควบคุมโรควัณโรค เช่น เป็นพี่เลี้ยงกำกับในการกินยา การเยี่ยมผู้ป่วย/ให้กำลังใจ ติดตามผู้ป่วยที่ขาดยา และช่วยค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน เป็นต้น ซึ่ง อสม. ยังมีบทบาทอื่นที่เกี่ยวข้องในการควบคุมป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมสิ่งแวดล้อม หรือสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ฉะนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคจึงอยู่ในระดับในต่ำ จึงยังไม่เห็นปัญหาสำคัญของวัณโรคในชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมของการควบคุมป้องกันวัณโรค จึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chuaihom (2018) ที่พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ Monkhai, Jairaree, & Taphichai (2013) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

บ้านวังไทร ต.วังน้ำเขียว อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่การศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpathomtip (2017) ที่พบว่า อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อ.ดอนตูม จ.นครปฐม มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมอยู่ในระดับมาก ส่วน Tanomsridachchai, Arsa & Jumneansuk (2017) ก็พบว่า อสม. ในพื้นที่ อ.อ่าวลึก จ.กระบี่ มีการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกอยู่ในระดับดี

3. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อภิปรายได้ดังนี้

3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะในการดำเนินงานของ อสม. ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย มีบทบาทในการควบคุมป้องกันโรคในหมู่บ้านเท่าเทียมกัน โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนในหมู่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการป้องกันและควบคุมวัณโรค จึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงานวางแผนดำเนินการ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล

3.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เนื่องมาจากอายุที่มากขึ้นจะแสดงถึงวุฒิภาวะในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลร่วมกับมีโอกาสที่จะรับรู้และการแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanachai (2018) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรคของ อสม. รพ.สต.บางลึก อ.เมือง จ.ชุมพร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค และ Tanomsridachchai, Arsa, & Jumneansuk (2017) พบว่า อายุมีสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออกของ อสม. อ.อ่าวลึก จ.กระบี่

3.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากว่า การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค เริ่มต้นตั้งแต่การแสดงความคิดเห็น วางแผน และร่วมดำเนินการแก้ปัญหา บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถและมีทักษะในการรับรู้ ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และประเมินผลการดำเนินงานได้ดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Monkhai, Jairaree, & Taphichai (2013) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ต.วังน้ำเขียว อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม

3.4 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะการประกอบอาชีพหลักของ อสม. เกือบร้อยละ 80 ทำอาชีพเกษตรกรรมที่สามารถประกอบอาชีพในหมู่บ้านหรือใกล้เคียง และการปฏิบัติหน้าที่ อสม. เป็นการสมัครใจและอาสามาปฏิบัติงาน อสม.จึงมีความจำเป็นที่ต้องเสียสละเวลาว่างส่วนตัว หรือเวลาในการประกอบอาชีพดำเนินการป้องกันและควบคุมโรควัณโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ อสม. จะประกอบอาชีพอะไรก็จะไม่มีความสัมพันธ์กันการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค สอดคล้องกับของ Monkhai, Jairaree, & Taphichai (2013) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ต.วังน้ำเขียว อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม

3.5 รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะว่า อสม. ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 135,372 บาทต่อปี หากเทียบกับรายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว 114,975 บาทต่อปี ถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สู้เดือดร้อนในการครองชีพ สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างพอเพียง ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ไม่ได้พิจารณาถึงการมีรายได้มากหรือน้อย แต่พิจารณาด้วยความตั้งใจในการเข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทที่กำหนดไว้ที่จะต้องเสียสละเวลา เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี

3.6 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เนื่องมาจากว่า อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนนานจะมีประสบการณ์การทำงานมากขึ้น ซึ่งลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. เป็นการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งการปฏิบัติงานด้านสุขภาพนั้นไม่สามารถทำสำเร็จได้ด้วยตนเอง แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม เมื่อ อสม. มีประสบการณ์ในการทำงานที่มากขึ้น ย่อมเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ทักษะการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานมากขึ้นไปด้วย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Thanachai (2018) ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค (r= 0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.7 ตำแหน่งทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะการดำรงตำแหน่งทางสังคมของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นกรรมการหมู่บ้าน และกรรมการกองทุนเงินล้าน ตามลำดับ ไม่ได้มีส่วนในการการป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Monkhai, Jairaree, & Taphichai (2013) ที่พบว่า จำนวนตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ต.วังน้ำเขียว อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม

3.8 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งถึงแม้ว่า อสม. จะตอบคำถามถูกมากที่สุดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 97.94) การติดต่อของโรควัณโรค/อาการของโรควัณโรค (ร้อยละ 97.12) รวมไปถึงการเยี่ยมบ้านของ อสม. (ร้อยละ 95.47) แต่ อสม. ก็ยังตอบอาการที่สำคัญของวัณโรคผิดมากที่สุด (ร้อยละ 94.24) แสดงให้เห็นว่า อสม. ยังไม่เข้าใจถ่องแท้ในความซับซ้อนเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อวัณโรค ประกอบการการมีส่วนร่วมของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา Chuaihom (2018) ที่พบว่าการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมีความสัมพันธ์กับการอบรมหรือให้ความรู้เรื่องวัณโรค และระดับความรู้เกี่ยวกับวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.9 การรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการของ อสม. ประกอบกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคของ อสม. อยู่ในระดับต่ำ จึงยังไม่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค

3.10 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ทั้งนี้เป็นเพราะว่า อสม. ส่วนใหญ่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขโดยตรง แต่ อสม. ยังมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคของยังอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ไม่เห็นถึงปัญหาสำคัญของวัณโรค และยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างจริงจัง แตกต่างกับการศึกษาของ Suapumee (2013) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอยู่ในระดับดีเป็นผลมาจากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ทำแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรคปอดร่วมกับการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน ส่งผลให้ ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีมากและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม โรควัณโรคร่วมกับองค์กรในท้องถิ่นเป็นอย่างดี

3.11 การได้รับสนับสนุนงบประมาณ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการป้องกัน และควบคุมวัณโรค ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาของชุมชน การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การกำหนดกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล กิจกรรม โดยทุกกิจกรรมรัฐจะให้ความสำคัญกับประชาชน ฉะนั้นจะต้องสนับสนุนงบประมาณทุกกระบวนการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่แท้จริงและยั่งยืนอย่างแท้จริง หน่วยงานภาครัฐจะต้องคอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลายตั้งแต่ การคัดกรองผู้ป่วยจนถึงการรักษา หากมีงบประมาณเข้ามาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ก็จะส่งผลให้เพิ่ม การมีส่วนร่วมของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanomsridachchai, Arsa, & Jumneansuk (2017) ที่พบว่า การไดรับการสนับสนุนทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไขเลือดออก ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.531)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม วัณโรค ดังนั้น การคัดเลือก อสม. ที่จะเข้ามารับผิดชอบงานวัณโรคควรจะเป็น อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมาก ทำให้มีประสบการณ์การทำงานมาก การเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจึงมากขึ้นด้วย

2. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ อสม. พัฒนาศักยภาพตนเอง ศึกษาเพิ่มเติม และการคัดเลือก อสม. ที่จะเข้ามารับผิดชอบงานวัณโรค ควรจะเป็น อสม. ที่มีการศึกษาสูง โดยอาจจะต้องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำอื่น ๆ ลงมติเพื่อพิจารณาถึงตัวบุคคลที่มีคุณลักษณะดังกล่าว

3. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ในการป้องกันและควบคุมโรควัณโรค จึงควรสร้างขวัญกำลังใจแก่ อสม. ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวัณโรค เช่น การมอบรางวัล หรือประกาศเกียรติคุณให้กับ อสม.

4. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ อสม. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าความรู้ของ อสม. อยู่ในระดับต่ำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวางแผนการอบรมเกี่ยวกับโรควัณโรคให้เหมาะสมกับพื้นที่ และควรมีทั้งส่วนของการ ให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการป้องกัน ควบคุม รวมไปถึงการคัดกรองผู้ป่วย และประเมินผลการอบรม ว่าสามารถพัฒนาให้ อสม. มีความรู้และสามารถปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับบทบาท อสม. การควบคุมป้องกันวัณโรค และการคัดกรองวัณโรคในชุมชน เพื่อการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในชุมชน และควรศึกษาด้านความรู้ การปฏิบัติตน ของผู้ป่วยวัณโรค ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้สัมผัสร่วมบ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความรู้เพื่อนำไปใช้ในการลดการแพร่กระจายเชื้อแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน

References

Aek-apichon, T. (2018). Factors related to participation in tuberculosis prevention control of health volunteers at Bang-Lunk health promotion hospital, Muang district, Chumporn province. *Journal of Health Research and Innovation*, *1*(1), 12-24.

Benjamin, S.bloom, (1975). *Toxonomy of education objectives, hand book 1: Cognitive domain.* New York: David Makay.

Chuaihom, N. (2018). Factors related to the prevention and control of tuberculosis among village health volunteers in Thathongmai, Kanchanadit, Suratthani. *Region 11 Medical Journal*, *32*(1), 899-906.

Cohen, J. M. & Uphoff, N. T. (1980). *Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity.* New York: World Developments.

Dokkhamtai District Public Health Office. (2018). *Regular report of Dokkhamtai 2018*. Phayao. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2013). *National tuberculosis control programme guidelines, Thailand 2013. (2th ed)*. Bangkok: The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shupatham. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2018). *Tuberculosis report*. Nonthaburi. (in Thai)

Monkhai, S., Jairaree, A., & Taphichai P. (2013) Factors related with the participation of community in the prevention and controlling of dengue haemorrhagic fever in BanWangsai, Tambon Wangnumkhiaw, Ampeo Kampaengsaen, Changwat Nakhonpathom. *Veridian E-Journal*, 6(3), 461-477.

Phayao District Public Health Office. (2018). *Summary of the TB situation of the country and Phayao province.* Phayao. (in Thai)

Punyaphu, D. (2012). *The evaluation of civil sector of community tuberculosis project in Ontai sub-district, Sankampaeng district, Chiang Mai province*, Master of public administration, Chiang Mai University. (in Thai)

Rapeepat, A. (2004). *Community participation in rural development in the current socio-cultural conditions in Thawithong Hongwiwat (Editor).* The participation of people in the development. (p.100): Bangkok: Saksopa Printing. (in Thai)

Rueankham, C. (2019). The development of health volunteers' competency for tuberculosis screening in community in Nam Pat district, Uttaradit province. *Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 2 Phitsanulok, 6*(1), 48-61.

Somrit, N. (2015). *Performance and readiness of village health volunteers on supervision of tuberculosis patients by directly observed treatment short-course, Kokha district, Lampang province.* An independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health, health promotion management faculty of public health, Thammasat University. (in Thai)

Suapumee, N., (2013). The relationship between personal factors, knowledge and lung tuberculosis preventive behaviors of people in Suankleau sub-district, Banpong district, Ratchaburi province, Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *23*(2), 79-93.

Tanomsridachchai, W., Arsa, R., & Jumneansuk, A. (2017). Factors related to participation of village health volunteers on dengue hemorrhagic fever prevention and control in Ao-luek district, Krabi province. *Wichcha Journal, 36*(1), 86-97.

Thanachai, A. (2018). Factors related to participation in tuberculosis prevention control of health volunteers at Bang-Lunk health promotion hospital, Muang district, Chumporn province. *Journal of Health Research and Innovation*, *1*(1), 12-24.

Wongpathomtip, K. (2017). The participation in the Zika Virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province. *Journal of the Office DPC 7 Khon Kaen, 24*(2), 59-67.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดนครศรีธรรมราช

Relationship between Cigarettes Exposure Behavior among People in District, Nakhon Si Thammarat Province

สยาม ชิ้นพงศ์
Siam Chinpong
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat

(Received: March 17, 2021; Revised: April 2, 2021; Accepted: April 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 – 79 ปี หลังคาเรือนละ 1 คน จำนวน 416 คน ได้รับแบบสอบถามกลับ และถูกต้อง สมบูรณ์ จำนวน 414 ฉบับ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.90 มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.36 มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อาชีพ การมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนยังมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในบางประเด็น จึงควรรณรงค์ถึงอันตรายและโทษของบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และควรใช้แนวทางการแก้ปัญหาการสัมผัสบุหรี่โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน และสร้างรูปแบบการป้องกันการสัมผัสบุหรี่ในชุมชนตามบริบทของชุมชนเอง

คำสำคัญ: การสัมผัสบุหรี่, บุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: schinpong@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional research aimed to study 1) level of knowledge, attitudes and cigarette exposure behaviors of general population in a District of Nakhon Si Thammarat Province. Factors related to smoking behaviors were examined. Sample consisted of 416 people aged 18 – 79 years who were household representatives. The research tool was a questionnaire. There were 414 people who completed and returned it. Systematic sampling was used. Data were analysed using percentage, mean, standard deviation, and Chi-square.

Results were as follows.

1. About half (52.90%) of participants had knowledge about smoking at a moderate level. Among the 414 people, 68.36% had an attitude towards smoking at a moderate level as well. The percentage of their inappropriate smoking behaviors was 54.11.

2. Gender, occupation, family members who were smoking, and attitude towards cigarettes significantly correlated with cigarette exposure behaviors.

Findings from this study suggest that people still have inaccurate knowledge and attitudes at some point. Therefore, there should be a constant campaign on the dangers and harm of tobacco. The problem of cigarette exposure should be solved with community participation, and create a form of prevention to exposure to tobacco in community, in consistent with community's context and values.

Keyword: Cigarette Exposure Behavior, Smoking

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลก รวมถึงประเทศไทยที่พบว่า ประเทศไทยจะต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการปราบปรามยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2562 มีการใช้งบประมาณเพื่อปราบปรามยาเสพติดถึง 2,551,672,533.29 บาท (Ministry of Justice, 2020) จากสถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2534 – 2560 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 36.42 และร้อยละ 66 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำสุดจากทุกปีที่ผ่านมา คือ ร้อยละ 1.7 และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 โดยมีอัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี เท่ากับร้อยละ 7.8 ซึ่งในภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี ส่วนการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด และในทุกระดับการศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ. 2557 โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาขึ้นไปอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงมากที่สุด คือ ร้อยละ 64.68 สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง เหนือ และกรุงเทพมหานคร

แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ได้ผลดีมากในภาคเหนือและยังไม่ค่อยได้ผลในภาคใต้ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018)

ทั่วโลกได้ตระหนักชัดว่าบุหรี่มีพิษต่อชีวิต เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังนำไปสู่ความพิการ การเสื่อมสมรรถภาพมากมาย รวมทั้งยังมีผู้เสียชีวิตทั้งที่สูบและสัมผัสบุหรี่ถึง 6 ล้านคน ส่วนคนไทยในแต่ละปีเสียชีวิตด้วยบุหรี่วันละ 139 คน (Wateesatokgij, 2016) และพิษจากการสัมผัสบุหรี่ทั้งจาก 1) การเป็นผู้สูบบุหรี่และดูดเข้าไปในร่างกาย 2) การสัมผัสบุหรี่จากผู้สูบคนนั้นที่พ่นลมหายใจออกมา รวมถึงควันที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ และ 3) การสัมผัสบุหรี่ที่ตกค้างตามเส้นผม ผิวหนัง เสื้อผ้า ตุ๊กตา พรม โซฟา ผ้าม่าน ที่นอน หรือช่องแอร์ เป็นต้น (Klumchim, 2008) และด้วยพิษภัยดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้ร่วมมือกับนานาประเทศคิดค้นมาตรการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ โดยออกมาตรการทางสุขภาพ มาตรการทางสังคม มาตรการทางด้านกฎหมาย รวมทั้งมาตรการทางเศรษฐกิจ (Office of the Narcotics Control Board, 2017)

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่สามารถจำหน่ายและเสพได้โดยที่ไม่ผิดกฎหมาย และด้วยพิษภัยองค์การอนามัยโลกจึงได้ร่วมมือกับนานาประเทศคิดค้นมาตรการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ โดยออกมาตรการทางสุขภาพ มาตรการทางสังคม มาตรการทางด้านกฎหมาย รวมทั้งมาตรการทางเศรษฐกิจ (Department of Disease Control, 2017) ซึ่งบุหรี่จะมีพิษต่อชีวิตและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังนำไปสู่ความพิการ การเสื่อมสมรรถภาพมากมาย เช่น โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับการเสียชีวิตด้วยบุหรี่ของคนไทยเฉลี่ยวันละ 139 คน (Wateesatokgit, 2016) อัตราการสูบบุหรี่ของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ ร้อยละ 27.63 รองจากจังหวัดกระบี่ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018) และจากข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 - 70 ปี พบว่า มีจำนวน 89,937 คน คิดเป็นร้อยละ 10.79 ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่รวมถึงประชาชนที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองและสาม สำหรับอำเภอที่เป็นพื้นที่วิจัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรที่สูบบุหรี่ จำนวน 5,470 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.73 ซึ่งสูงกว่าร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2019)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัญหาการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งนี้ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งการสัมผัสบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบเองและบุคคลรอบข้าง หากไม่มีการแก้ไขพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่สัมผัสบุหรี่มากขึ้นเรื่อย ๆ อาจจะส่งผลต่อการติดบุหรี่ ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อตนเอง และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต เพราะต้องจัดสรรงบประมาณการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาประชาชนที่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่และสัมผัสบุหรี่ ฉะนั้นการวิจัยในครั้งนี้จะทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ และได้นำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประเมินพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนให้เหมาะสมและยังช่วยในการกำหนดนโยบายของภาครัฐที่เกี่ยวข้องต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช

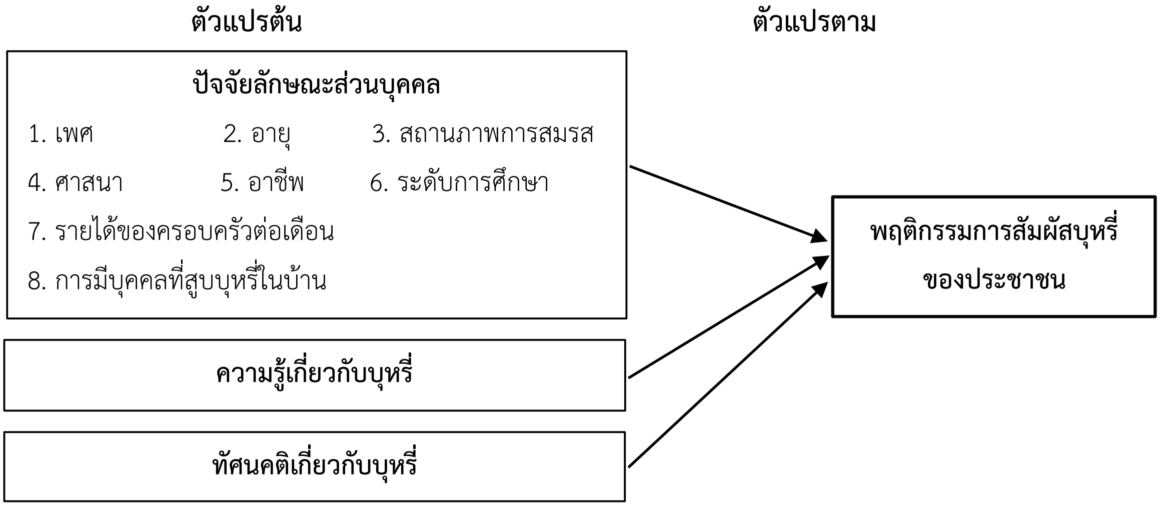
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนและนำแนวคิดการแบ่งพฤติกรรมออกเป็นพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ (Payomyam, 2002) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่ง ของจังหวัดนครศรีธรรมราช มากำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 – มกราคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 – 79 ปี ที่อ่านหนังสือออก และสามารถเขียนหนังสือได้ หลังคาเรือนละ 1 คน จำนวน 18,360 หลังคาเรือน โดยสอบถามบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านที่สุ่มได้ตามช่วงอายุที่กำหนดเนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีความชุกในการสัมผัสบุหรี่มากที่สุดเพื่อเป็นตัวแทนของหลังคาเรือนนั้น กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 376 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 416 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) สุ่มอย่างง่ายโดยการเลือกตำบลและหมู่บ้าน คำนวณหาระยะห่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ I= N/n (Jantarasuwan & Buatoun, 2004) ได้ระยะห่างเท่ากับ 7 แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกของแต่ละหมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างในลำดับถัดไปวนไปตามรอบ จนครบจำนวน 416 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิด และปลายเปิด มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน แปลผลโดยการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 12 คะแนน) โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ มีตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับสูง (3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (1.00 – 2.33) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 4 ระดับ ตั้งแต่สัมผัสบ่อยมาก จนถึงไม่สัมผัสบุหรี่เลย แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม การวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) นำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่เหมาะสม (คะแนน $\geq$ M) และระดับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม (คะแนน $<$ M) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson: KR-20) โดยพิจารณาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.713

2. แบบสอบถามด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ 0.8 ขึ้นไป (Ganjanawasee, 2001) ได้ผลดังนี้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ เท่ากับ 0.80 พฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 แห่ง ส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

3. โดยนำรายชื่อตำบลในอำเภอหนึ่ง ของจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 ตำบล สุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลาก ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้ 1 หมู่บ้านต่อตำบล

4. จากนั้นมีการสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากได้ตำบลละ 1 แห่ง คำนวณหาระยะห่างของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง นำบ้านเลขที่แต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกของแต่ละหมู่บ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างในลำดับถัดไปวนไปตามรอบ จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

5. ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ โดยใช้สถิติ Chi-square test

จริยธรรมวิจัย

ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย และพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Ex-09/2563

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 416 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 414 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.52 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า (71.98%) มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี มากที่สุด (29.22%) โดยผู้สัมผัสบุหรี่ที่มีอายุต่ำสุดที่ 18 ปี และอายุสูงสุดเท่ากับ 77 ปี (M= 43.67, *S.D.*= 12.84) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (72.23%) มีอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่ (35.03%) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (29.72%) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด (42.51%) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 200,000 บาท มีจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ในบ้าน (61.59%) จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ในบ้านมากที่สุด คือ 1 คน (71.77%)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในภาพรวม (n=414)

ระดับความรู้		**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับสูง	(16 คะแนนขึ้นไป)	132	31.88
ระดับปานกลาง	(12 - 15 คะแนน)	219	52.90
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 12 คะแนน)	63	15.22

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 219 คน (52.90%) รองลงมา คือ ระดับสูง จำนวน 132 คน (31.88%) และระดับต่ำ จำนวน 63 คน (15.22%)

3. ระดับทัศนคติ ดังนี้

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในภาพรวม (n=414)

ระดับทัศนคติ		**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับสูง	ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67 – 5.00	131	31.64
ระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 – 3.66	283	68.36
ระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 2.33	0	0.00

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (68.36%) คือ ประมาณ 2 เท่าของผู้ที่มีทัศนคติระดับสูง (31.64%)

4. พฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ ดังนี้

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสบุหรี่ในภาพรวม (n=414)

ระดับพฤติกรรม		**จำนวน**	**ร้อยละ**
พฤติกรรมที่เหมาะสม	(คะแนน $\geq$ M)	190	45.89
พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	(คะแนน < M)	224	54.11

(M= 2.73 คะแนน, *S.D.*= 0.37, Min= 1.90 คะแนน, Max= 3.60 คะแนน)

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า มีระดับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (54.11%) ใกล้เคียงกับผู้ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม (45.89%)

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ (n=414)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	*p*-value
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ			15.173	1	< 0.001
ชาย	81 (69.83)	35 (30.17)			
หญิง	143 (47.99)	155 (52.01)			
อายุ (ปี)			5.294	5	0.381
< 20 ปี	11 (64.71)	6 (35.29)			
20 – 29 ปี	39 (65.00)	21 (35.00)			
30 – 39 ปี	45 (50.00)	45 (50.00)			
40 – 49 ปี	65 (53.72)	56 (46.28)			
50 – 59 ปี	44 (53.01)	39 (46.99)			
60 ปีขึ้นไป	20 (46.51)	23 (53.49)			
สถานภาพสมรส			1.871	3	0.600
โสด	41 (56.94)	31 (43.06)			
คู่	162 (54.18)	137 (45.82)			
หย่า/แยก	9 (60.00)	6 (40.00)			
หม้าย	12 (42.86)	16 (57.14)			
ศาสนา			1.117	1	0.202
พุทธ	215 (54.85)	177(45.15)			
อิสลาม/คริสต์	9 (40.91)	13(59.09)			
อาชีพ			11.409	4	0.022
เกษตรกรรม	60(50.85)	58(49.15)			
รับจ้าง	94(64.83)	51(35.17)			
ค้าขาย	30(49.18)	31(50.82)			
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	27(42.86)	36(57.14)			
อื่น ๆ	13(48.15)	14(51.85)			
ระดับการศึกษาสูงสุด			9.151	4	0.057
ประถมศึกษาลงมา	78(61.90)	48(38.10)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	43(60.56)	28(39.44)			

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	*p*-value
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	54(50.94)	52(49.06)			
อนุปริญญา/ปวส.	21(44.68)	26(55.32)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	28(43.75)	36(56.25)			
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)			7.503	4	0.112
≤ 5,000 บาท	46(46.94)	52(53.06)			
5,001 – 10,000 บาท	108(61.36)				
10,001 – 15,000 บาท	37(49.33)	38(50.67)			
15,001 – 20,000 บาท	15(45.45)	18(54.55)			
จำนวนบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน			20.871	1	< 0.001
ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในบ้าน	63(39.62)	96(60.38)			
มีผู้สูบบุหรี่ในบ้าน	161(63.14)	94(36.86)			
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่			5.878	2	0.053
ต่ำ	41(65.08)	22(34.92)			
ปานกลาง	121(55.25)	98(44.75)			
สูง	62(46.97)	70(53.03)			
ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่			22.523	1	< 0.001
ปานกลาง	176(62.19)	107(37.81)			
สูง	48(36.64)	83(63.36)			

* $p < 0.05$

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ การมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ ได้แก่ เพศ อาชีพ การมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน มีทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior)) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากการวัดพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ที่ไม่เหมาะสมเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบในประเด็นต่อไปนี้ คือ การสูดดมควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของผู้อื่นหรือจากตัวเอง (M= 2.63, *S.D*= 0.81) การขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ (M= 2.60, *S.D*= 0.94) การเลือกร้านอาหารที่ปลอดบุหรี่เมื่อต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน (M= 2.55, *S.D*= 0.88) และการมีสมาชิกในครอบครัวคอยเฝ้าระวังดูแลเรื่องการสูบบุหรี่ (M= 2.40, *S.D.*= 1.06) แสดงให้เห็นว่า การสัมผัสบุหรี่จากการวิจัยครั้งนี้เป็นผลจากสถานการณ์ดังกล่าวโดยมากที่สุดเกิดจากบุหรี่มือสองหรือการบริโภคบุหรี่เอง ในขณะที่ในสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการร้องขอให้ผู้สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ตนเองน้อยมาก และเมื่อผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่มากกว่าเพศชาย คาดการได้ว่า เพศหญิงที่สัมผัสบุหรี่มีแนวโน้มที่จะสัมผัสบุหรี่มือสองจากบุคคลภายในบ้านหรือบุคคลรอบข้าง โดยที่หลีกเลี่ยงได้ยาก สอดคล้องกับ Ruksuk (2018) ก็พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เช่นเดียวกับ Yeunyow, Soamun, & Duangsomsa (2020) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดอีสานใต้

นอกจากนี้ ประเด็นที่สังคมไทยควรหันมาให้ความสนใจมากขึ้น การมีจิตสำนึกสาธารณะในเรื่องนี้มากขึ้น คือ การเลือกร้านอาหารที่ปลอดบุหรี่เมื่อต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน เนื่องจากผลการสอดคล้องพบว่าเป็นพฤติกรรมที่เอื้อให้เกิดโอกาสในการสัมผัสบุหรี่ ซึ่งตรงกับรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของ Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (2018) ที่พบว่า ตลาดสดหรือตลาดนัดและร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่ที่จำหน่ายอาหารเครื่องดื่มเป็นสถานที่ที่มีการพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นก้นบุหรี่มากที่สุด และการศึกษาของ Luksanavimon, Petsirasan, Aekwarangkoon, & Noonil (2021) ก็พบว่าการรับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะของเยาวชนของอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วน Phetphoom, Pyeamkleep, & Pongpreecha (2018) ก็พบว่าร้อยละ 67.8 ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองได้เพราะจำเป็นต้องเดินเท้าผ่านเขตสูบบุหรี่เป็นประจำ

ในขณะที่เมื่อหันกลับมาพิจารณาองค์ประกอบด้านครอบครัวที่ไม่มีการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมสถานการณ์การสัมผัสบุหรี่จึงมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคเอง หรือการบริโภคมือสองโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรเพศหญิงจะมีแนวโน้มในการสัมผัสบุหรี่มากขึ้นหากไม่มีการปรับปรุงปัจจัยเอื้อ ดังนั้น ระบบครอบครัวในสังคมไทยควรจะต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการรณรงค์พิษภัยจากบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klumchim (2008) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นการได้รับทีละเล็กละน้อย เป็นความเคยชินของครอบครัว ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติไม่มีผลร้ายแรงต่อสุขภาพในทันทีหรือไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

อีกทั้งประเด็นของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า ประชาชนยังมีความคิดเห็นว่าควันบุหรี่มือสองและมือสามไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพระดับปานกลาง ยิ่งจะเป็นเหตุส่งเสริมให้การคิดถึงประโยชน์ของสาธารณะในการป้องกันภัยจากการสูบบุหรี่ยังคงต้องรณรงค์ให้มาก โดยเฉพาะข้อมูลที่สนับสนุนในประเด็นนี้ที่ชัดเจน คือ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเมื่ออยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ จำเป็นต้องสูบบุหรี่ด้วยในระดับค่าเฉลี่ยสูง เป็นประเด็นที่สำคัญที่ทางสังคมจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phetphoom, Pyeamkleep & Pongpreecha (2018) ที่พบว่า ร้อยละ 69.8 ไม่กล้าที่จะเดินหนีในขณะที่นั่งคุยกับเพื่อนแล้ว

เพื่อนสูบบุหรี่ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

จากการศึกษาครั้งนี้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่เกิดจากทั้งปัจจัยนำซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ทั้งด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นระเบียบแบบแผนทางสังคมทั้งในระดับเล็กที่สุด คือ ครอบครัว จนกระทั่งระดับใหญ่ คือ ชุมชน สังคม ที่ร่วมส่งผลกระทบทางลบหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ และปัจจัยตัวสุดท้าย คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การแสดงบทบาททางสังคมของสมาชิกในสังคม การคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะ ด้วยการมีปฏิกิริยา หรือมาตรการโต้ตอบกับผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวโยงซึ่งกันและกันต่อการก่อให้เกิดพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลจะเห็นว่าพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ยังมีประเด็นที่ประชาชนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูดดมควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของผู้อื่นหรือจากตัวเอง การขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ และการเลือกร้านอาหารที่ปลอดบุหรี่เมื่อต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายที่เกี่ยวกับบริโภคบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างจริงจัง

2. จากการศึกษาเพศหญิงมีพฤติกรรมสัมผัสบุหรี่ที่ไม่เหมาะสมกว่าเพศชาย ฉะนั้นจึงควรหันมาคำนึงถึงการดำเนินชีวิตในสังคมไทยในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สามารถจะลดให้ประชาชนสัมผัสกับบุหรี่ให้น้อยลง

3. การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลในครอบครัวมีโอกาสสัมผัสกับบุหรี่มากขึ้น ฉะนั้น การพัฒนารูปแบบและการแก้ปัญหาการสัมผัสบุหรี่จึงควรเริ่มจากสถาบันครอบครัวเป็นอันดับแรก และมีการจัดการเชิงรุกเพื่อลดและป้องกันปัญหาการสัมผัสบุหรี่จากสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ในเชิงลึกโดยการสังเกตพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และสามารถที่จะนำข้อมูลไปวางแผนจัดทำโครงการอันตรายจากการสัมผัสบุหรี่โดยตรง และควรมีการศึกษารูปแบบการป้องกันและการสัมผัสบุหรี่และการแก้ปัญหาที่เริ่มจากสถาบันครอบครัว

References

Best, J.W. (1977). *Research in Education.* (3nded). Englewod Cliffs: Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, T. J., & Madaus, G. F. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw – Hill Book Company Inc.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *The tobacco products control act of 2017; Issue published in the Royal Gazette.* Nontaburi: Thammasat Printing House. (in Thai)

Ganjanawasee, S. (2001). *Choosing the right statistics for research. (4nded).* Bangkok. Boonsiriprint. (in Thai)

Jantarasuwan, S. & Buatoun, S. (2004). *Research methods in social science.* Khon Kaen University. Khon Kaen. (in Thai)

Klumchim, S. (2008). *Relationship between perception from danger of secondhand smoke and health behavior among member in smoking family.* An independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree master of sciences program of social and health system management graduate school Silpakorn University. (in Thai)

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30*(3), pp. 607-610.

Luksanavimon, L., Petsirasan, R., Aekwarangkoon, S. & Noonil, N. (2021). Factors related to smoking behavior among youths in Thasala district, Nakhon Si Thammarat province. *Thai Journal of Nursing, 69*(1), 1-9.

Ministry of Justice. (2020). Drug prevention and suppression action plan 2020. Bangkok. (in Thai)

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2019*). Annual report 2019.* Nakhon Si Thammarat. (in Thai)

Office of the Narcotics Control Board. (2017). *Action plan for prevention and solution to drug problems Year 2017.* Bangkok. (in Thai)

Payomyam, S. (2002). *Practice psychology in community Work.* Silpakorn University: Nakorn Pathom. (in Thai)

Phetphoom, C., Pyeamkleep, R, & Pongpreecha, B. (2018). Factors affecting avoidance behavior of secondhand smoke among students in the University. *The Public Health Journal of Burapha University*, *13*(2), 89-101.

Ruksuk, P. (2018). *Smoking behaviors of people in Surat Thani province.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of business administration, Prince of Songkla University. (in Thai)

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2018). *Thailand tobacco consumption statistics report 2018.* Bangkok: Jarerndeemankong Printing. (in Thai)

Wateesatokgij, P. (2016). *The next step of the Campaign Foundation for non-smoking.* Retrieved December 3, 2020 from https://www. ashthailand.or.th/content_ attachment/attach/eaf29e1.pdf. (in Thai)

Yeunyow, T., Soamun, N., & Duangsomsa, N. (2020). Health status, attitudes towards smoking, and smoking behavior among Clients Outpatient Department of Community hospital in the lower Northeastern part of Thailand. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospital*, *35*(2), 359-372.

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Self-care Behavior, a Follow-up Appointment, and Blood Sugar Levels among Controlled and Uncontrolled Diabetic Patients

วนิดา ศรีริภาพ

Wanida Sreriphap

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังประจัน จังหวัดสตูล

Wangprajun Health Promoting Hospital, Satun Province

(Received: November 23, 2020; Revised: December 6, 2020; Accepted: February 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาขนาดความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด ต่อระดับน้ำตาลหลังอดอาหารในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้กับควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ตำบลวังประจัน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลควนโดน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลวังประจัน จำนวน 90 คน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2562 ทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.71 ค่าวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม (Binary logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. โอกาสการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ประมาณ 2 เท่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. โอกาสการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนในระดับเสี่ยงสูง เท่ากับ 1 : 1

3. การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องมีโอกาสมีน้ำตาลหลังอดอาหารข้ามคืนระดับเสี่ยงสูงลดลง ร้อยละ 78

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้ทีมสหวิชาชีพส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การแสดงบทบาทผู้ป่วย และความเชื่อด้านสุขภาพไปพร้อมๆกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมาตรวจตามนัด

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวาน, การดูแลตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: maisuree.139@gmail.com)

Abstract

The objective of this cross-sectional research was to study the relationships among self-care behaviors, a follow-up appointment, and fasting blood sugar level of controlled and uncontrolled diabetic patients at a Tambon Health Promoting Hospital in Khuan Don District of Satun Province. Sample was 90 diabetic patients. Data were collected during January-April, 2019. The research tool was a questionnaire about self-care behaviors developed by the researcher. Validity of the questionnaire was confirmed, yielding an IOC value of 0.67-1.00. Its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of 0.71. Data were analyzed using descriptive statistics, and binary logistic regression. Results were as follows.

1. There was no difference in self-care behaviors between the controlled and the uncontrolled diabetic patients.
2. Odd ratio of the likelihood of having a high-risk fasting blood sugar level was 1:1.
3. The continuous follow-up appointment was significantly associated with the likelihood of having fasting blood sugar level. Diabetic patients who came to follow-up regularly were 78 percent more likely to have less fasting blood sugar level.

The research findings suggest that the multidisciplinary team should promote and encourage diabetic patients to change their behaviors regarding taking medication, eating, exercise, stress management, and follow-up appointment.

Keyword: Diabetic Patient, Self-care Behaviors, Fasting Blood Sugar

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้น ๆ ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรเป็นเบาหวานทั่วโลกประมาณ 415 ล้านคน สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานเกิดได้หลายปัจจัย ที่สำคัญ คือ สาเหตุจากกรรมพันธุ์และภาวะอ้วน โดยเฉพาะผู้ที่มีญาติสายตรง คือ บิดา หรือมารดาเป็นเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (National Health Security Office, 2012) ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยาสเตียรอยด์อย่างไม่ถูกวิธี การละเลยต่อภาวการณ์เป็นโรคเบาหวานไม่ไปรักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่อง และยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทย สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2016)

ได้ประมาณการว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกแล้วกว่า 382 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2035 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 592 ล้านคน หรือใน 10 คน จะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน (International Diabetes Federation: IDF, 2016) จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในประชากรไทย ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 8.8 นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ 76.5 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สำหรับในปี พ.ศ. 2561 ความชุกผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 จากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 11.6 (Kanchanapiboonwong, Kumwangsanga, & Keawta, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แต่การรับประทานยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะสามารถควบคุมน้ำตาลได้ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีแบบแผนการรับประทานอาหารแตกต่างกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Chittayanunt, 2014)

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร ของ Siangdung (2017) พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด นอกจากนี้ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี (Pethchit, 2015) พบว่า ร้อยละ 32.0 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 63.7 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พบมากว่ามีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ การจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วน การรับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน การจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง และการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่า ผลการดำเนินงานในคลินิกโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีแนวโน้มควบคุมได้มากขึ้น คือ ร้อยละ 4.84, 13.24 และ 16.46 ตามลำดับ แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (Wangprajun Health Promoting Hospital, 2019)

ดังนั้น ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จึงมีความสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการควบคุมน้ำตาล และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารข้ามคืน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) เป็นแนวคิดที่จะช่วยให้บุคคลสามารถทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งในระดับความสามารถขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเองตามสภาพจริง และความสามารถในการจัดระบบจัดการ ควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ ใช้เหตุผล และสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนตัดสินใจเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่นภายใต้แนวคิดที่ว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้น การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพในผู้ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะได้รับแนวทางการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับสถานะทางสุขภาพของตนเองย่อมจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในทางที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยเชิงเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลวังประจัน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลควนโดน จำนวน 30 เท่า ของตัวแปรต้น คือ 90 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 6.5 mg% และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต้องมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 6.5 mg% (Diabetes Association of Thailand, 2019; American Diabetes Association, 2019)
2. ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดกินหรือชนิดฉีดลดค่าน้ำตาลในเลือด
3. สามารถให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเอดส์ ผู้ป่วยล้างไตผู้ป่วย วัณโรค ทุพพลภาพ หรือมีความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน
2. ผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ณ วันเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายออกจากพื้นที่ ตำบลวังประจัน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส พันธุกรรม ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาเหวาน การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ครั้ง และค่าน้ำตาลหลังอดอาหารข้ามคืน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในตำบลวังประจัน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ Siangdung (2017) ประกอบด้วยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ และด้านความเชื่อ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติโดยมีความหมายและเกณฑ์การคิดคะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		**ข้อความเชิงลบ**	
ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์	ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบางวันใน 1 สัปดาห์	ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติบางวันใน 1 สัปดาห์	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย ใน 1 สัปดาห์	ให้ 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์	ให้ 3 คะแนน

การแปลค่าคะแนน การพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้การแบ่ง 2 กลุ่มโดยใช้ค่าพิสัยคิดช่วงห่างของคะแนนจากสูตร

$$\text{ช่วงห่างของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{2}$$

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด–ช่วงห่างของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ให้ 0 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด+ช่วงห่างของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดี ให้ 1 คะแนน

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน (FBS) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

$\leq$125 mg/dl	ความเสี่ยงต่ำ	ให้ 0 คะแนน
$\geq$126 mg/dl	ความเสี่ยงสูง	ให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 1 ท่าน อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 1 ท่าน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในผู้ป่วยเบาหวานในตำบลควนสตอ อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงจริยธรรมการวิจัยแก่ผู้ตอบแบบสอบถามจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้พร้อมวิธี

การตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยเองและให้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที ก่อนเก็บคืน สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เข้าใจภาษาไทย ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้เลือกตอบตามความคิดเห็นและพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตามนัด และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ตัวแปรตาม คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจงนับ (Categorical variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous variable) จำแนกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (0) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (1) ตัวแปรต้น คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตามนัด และความสามารถในการควบคุมน้ำตาล ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทแจงนับ ชนิด 2 กลุ่ม เช่นกัน จึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ตัวแปรตามที่มี 2 ค่า (Binary logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence Interval: 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า OR เมื่อค่า OR มากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน เมื่อค่า OR น้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกันต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้หมายเลขรับรอง ET-ST 011/2563 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 2563 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	60.00	10	40.00
หญิง	43	66.20	22	33.80
อายุ Max= 78 ปี, Min= 30 ปี	M= 55.47, *S.D.*= 12.90		M= 57.84, *S.D*= 11.11	
ระยะเวลาการเป็นโรค Max= 17 ปี Min= 1 ปี	M= 4.68, *S.D.*= 3.76		M=6.74, *S.D.*= 4.36	
สถานะภาพสมรส				
โสด	1	4.00	2	3.10
คู่	14	56.00	54	83.10
หม้าย/หย่า/แยก	10	40.00	9	13.80
การมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวาน				
บิดา	0	0	16	24.60
มารดา	3	12.00	10	15.40
พี่ชาย/พี่สาว	4	16.00	4	6.20
น้องชาย/น้องสาว	4	16.00	4	6.20
ไม่มี	14	56.00	31	47.70

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าผู้ชาย 3 เท่า ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่เป็นโรคใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ และไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ตาราง 2 โอกาสของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีระหว่างกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้และควบคุมน้ำตาลไม่ได้

การดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	95%CI
ด้านการรับประทานอาหาร	11 (44.00)	34 (52.30)	0.51-1.39
ด้านการรับประทานยา	21 (84.00)	4 (16.00)	0.96-1.54
ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย	27 (41.50)	38 (58.50)	0.52-1.30

ตาราง 2 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	95%CI
ด้านการจัดการความเครียด	16 (24.60)	49 (75.40)	0.67-1.22
ด้านการแสดงบทบาทผู้ป่วย	1 (4.00)	24 (96.00)	1.04-1.39
ด้านความเชื่อทางสุขภาพ	19 (29.20)	46(70.80)	0.76-1.36
ภาพรวม	**23 (35.40)**	**42 (64.60)**	**0.59-1.28**

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมระดับดีของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ประมาณ 2 เท่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (35.40%: 0.59 -1.28) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการแสดงบทบาทผู้ป่วยในระดับดีของกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ถึง 24 เท่า (4%, 95%CI: 1.04-1.39)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด ความสามารถในการควบคุมน้ำตาลกับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน ดังตาราง 3

ตาราง 3 โอกาสต่อการมีระดับน้ำตาลสูงหลังอดอาหารข้ามคืนของผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
เสี่ยงต่ำ	47	52.20	0.35-0.83
เสี่ยงสูง	43	47.80	1.22-3.22
รวม	**90**	**100.00**	**-**

จากตาราง 3 พบว่า โอกาสการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนในระดับเสี่ยงสูง เท่ากับ 1 : 1 เท่า (47.80%, 95%CI: 1.22-3.22)

ตาราง 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด ความสามารถในการควบคุมน้ำตาล กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนสูง	OR (95%CI)	*p*-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			0.210
ดี	25 (52.90)	Ref.	
ไม่ดี	18 (44.60)	0.55 (0.21-1.40)	
การมาตรวจตามนัด			0.002
ต่อเนื่อง	29 (63.00)	Ref.	
ไม่ต่อเนื่อง	14(31.80)	0.22(0.09-0.57)	

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนสูง	OR (95%CI)	*p*-value
ความสามารถในการควบคุมน้ำตาล			0.344
คุมได้	12(48.30)	Ref.	
คุมไม่ได้	31(47.70)	1.66(0.58-4.70)	

จากตาราง 4 พบว่า การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนสูงขึ้น ลดลงร้อยละ 78 (OR=0.22 95%CI: 0.09-0.57)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคโรคเรื้อรัง มุ่งดำเนินการให้ทุกคนสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อันจะส่งผลต่อการควบคุมโรค และลดความรุนแรงของโรค ซึ่งในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์เฉพาะทาง อีกทั้งความสำเร็จในการดำเนินการยังขึ้นอยู่กับเจ้าของสุขภาพเป็นสำคัญ ที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้แบ่งแยกตามกลุ่มความสามารถในการควบคุมน้ำตาลอย่างชัดเจน แต่มุ่งให้ผู้ป่วยเบาหวานในเขตบริการมีโอกาสที่จะได้รับความรู้และการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่า ๆ กัน โดยใช้หลักคิดที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคได้ ตามการศึกษาของ Boonyasopun, Perngmark, & Thongtamlung (2011); Tajarernwiriyakul & Suwannakud (2016); Puengching & Punthasr (2019) กล่าวสอดคล้องกันว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านการควบคุมน้ำหนัก พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว แต่ขณะเดียวกันจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Sroisong, Rueankon, Apichantramethakul, Nunta, & Sukkaseam (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการแสดงบทบาทผู้ป่วยระดับดีในกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ถึง 24 เท่า (4%, 95%CI: 1.04-1.39) ซึ่งอาจจะเนื่องจากบุคคลที่ทราบและรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ก็จะแสดงบทบาทและยอมรับการเป็นโรคเหล่านั้น โดยผู้ที่มีการควบคุมน้ำตาลได้ดีจะมีพฤติกรรมที่เคยชินกับการปฏิบัติตัว ทำให้แสดงตนว่ามีโรคประจำตัวน้อยกว่าบุคคลที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้

2. โอกาสของการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนในระดับเสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้กับกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้เท่ากับ 1 : 1 เท่า (47.80%, 95%CI: 1.22-3.22) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม จะมีความแตกต่างกันในพฤติกรรมด้านการแสดงบทบาทผู้ป่วย

ซึ่งน่าจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอยู่ในระดับที่เสี่ยงสูง แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งอาจจะทำให้มีผลต่อระดับน้ำตาล ถ้าต้องการให้ระดับน้ำตาลมีค่าความเสียงต่ำ ควรจะต้องมีพฤติกรรมในทุก ๆ ด้านที่เหมาะสมร่วมกัน ประกอบกับผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มอยู่ในวัยทำงานจนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งทราบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาในระยะเวลาที่ยาวนาน ไม่ค่อยเห็นการเปลี่ยนแปลงของโรค จึงมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ เคยชิน เมื่อถึงเวลาที่นัด ก็จะมาตามวัน เวลา ตามแพทย์นัด แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้ง หากพิจารณาแนวโน้มการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีของกลุ่มควบคุมน้ำตาลได้มีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าโอกาสของการมีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารข้ามคืนของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดีมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR= 0.55; 95%CI: 0.21 - 1.40, p= 0.210) จะเป็นหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไม่น่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน

เมื่อค้นหาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน พบว่า การมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืนในระดับสูงลดลงร้อยละ 78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.22; 95%CI: 0.09 - 0.57, p= 0.002) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมารับการรักษาตามนัดสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังที่มีหลักฐานสนับสนุนจากการศึกษาของ Phadwong & Lorga (2015) พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเมื่อครบ 24 เดือน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี (M= 3.42, *S.D.*= 0.62) โดยกระตุ้นผู้ป่วยหรือญาติไปตรวจตามนัดทุกครั้ง อยู่ในระดับดีมาก (M= 3.55, *S.D.*= 0.51) แตกต่างจากด้านอื่น ๆ ที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

เมื่อศึกษาอัตราการมาตามนัดของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ แต่การเตือนนัดก็มีความจำเป็นในการกระตุ้นเตือนว่ามีนัดติดตามหรือนัดรับการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งในการติดต่อกับผู้ป่วยทุกครั้งต้องศึกษาข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุม ทั้ง ชื่อ-สกุล ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค อาการที่มารับการรักษา การรักษาของแพทย์ เหตุผลในการนัดของแพทย์ ผลทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (Siriyuwasamai, Auksornnuem, Senbut, & Suntornkit (Online) ดังนั้น จะเห็นว่าการมาตรวจตามนัดจะเกี่ยวเนื่องกับคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อันจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วยที่เหมาะสมและเชื่อมโยงไปยังการพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพได้

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดซึ่งอาจจะเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่มาตามนัดเอง หรือเกิดจากภารกิจอย่างอื่นที่ไม่สามารถมาตามนัดได้ แต่มีพฤติกรรมที่ป้องกันตนเองไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นด้วยตัวตนเอง หรืออาจจะมีวิธีทำให้ตัวเองมียารับประทานที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chittayanunt (2014) ที่ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีแบบแผนการกินแตกต่างกับผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเดียวจะควบคุม

ระดับน้ำตาลไม่ได้ แต่การกินยาตามแพทย์สั่งร่วมกับการปรับการกินจะสามารถ ควบคุมน้ำตาลได้ สิ่งที่สำคัญในการดูแลตนเอง คือ อาหาร อารมณ์ การกินยาอย่างสม่ำเสมอ และการพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานทั้งสองกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประเด็นด้านรับประทานยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และความเชื่อด้านสุขภาพไปพร้อม ๆ กัน และควรให้ความสำคัญกับการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง โดยอาจจะใช้การสนับสนุนของครอบครัว หรือระบบการติดตามจากอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาควบคุมโรคเบาหวาน การปรับความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย
2. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบเตือนเพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวาน

References

American Diabetes Association [ADA]. (2019). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care, 32*, 63 -64.

Boonyasopun, U., Perngmark, P., & Thongtamlung, J. (2011). Perceived susceptibility to hypertension and preventive behaviors among transitional aged women in Thachang district, Suratthani province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, *3*(1), 47-60.

Chittayanunt, K. (2014). Self care experience of diabetic patients in Tambol Lad Bua Khao, Ban Pong district, Ratchaburi province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(3), 110-121.

Diabetes Association of Thailand. (2019). *Hemoglobin A1C : HbA1c.* Retrieved January 1, 2019 from https://www.i-regist.igenco.co.th/web/dmthai_old/news_and_knowledge/1943. (in Thai)

International Diabetes Federation. (2016). *Diabetes eye health: A guide for health*. Retrieved June 4, 2020 from https://www.idf.org/wdd-index/.

Kanchanapiboonwong, A., Kumwangsanga, P., & Keawta, S. (2020). *Report the situation of NCDs, diabetes, hypertension and related risk factors in 2019*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. (in Thai)

National Health Security Office. (2012). *Diabetes work, high blood pressure*. Retrieved October 5, 2020 from https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID =MTEzNg==.

Pethchit, R. (2015). Self-care behaviors and blood sugar control among patients with diabetes mellitus at Khiensa hospital, Suratthani province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2*(2), 15–28.

Phadwong, B. & Lorga, T. (2015). Long term outcomes of the self–management support in patients with diabetes mellitus and hypertension: Ban Hongha, Numjo sub-district, Maetha district Lampang province. *Journal of Health Science Research*, 9(1), 43-51.

Puengching, T & Punthasr, P. (2019). Factors related to prevention behavior for communicable disease in the air technical students. *Royal Thai Air Force Medical Gazette, 65*(3), 27-36.

Siangdung, S. (2017). Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 191–240.

Siriyuwasamai, N., Auksornnuem, N., Senbut, U., & Suntornkit, K. (Online). Retrieved June 5, 2019 from https://www.data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn62/uploads/30476_0802_20190605160715.pdf (in Thai)

Sroisong, S., Rueankon, A., Apichantramethakul, K., Nunta, N., & Sukkaseam, J. (2017). Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. *Journal of Phrapokklao College*, *28*(2), 93-103.

Tajarernwiriyakul, A. & Suwannakud , K. (2016). Health perceives and self-care behaviors of people with diabetes mellitus in Tungmon Subdistrict, Prasat District, Surin Province. *Research and Development Health System Journal, 9*(2), 331-338.

Wangprajun Health Promoting Hospital. (2019). *Data HDC.* Satun Provincial Health Office. Satun. (in Thai)

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021, 1(2), 69-82. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564
https://he02-thaijo.org/index.php/JHSP Vol. 1 No. 2 May – August 2021

พฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Parents of Preschool Children in Child Development Centers: Oral Care Behaviors and Associated Factors Phaphrom District, Nakhon Si Thammarat

ปาริฉัตร ถาวรวงษ์

Parichat Thawornwong

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: April 26, 2021; Revised: May 12, 2021; Accepted: May 19, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 198 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน Chi-square Test และ Fisher’s exact Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 67.2 มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด ร้อยละ 80.3 และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร รายได้ของผู้ปกครอง และความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ จากงานวิจัยผู้ปกครองยังมีความรู้ที่จะดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นควรข้อมูลใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

คำสำคัญ: การดูแลช่องปาก, เด็กก่อนวัยเรียน, ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dawparichat@gmail.com)

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study the level of knowledge, attitude, and behaviours about oral health care of preschool children's parents, and 2) determine the factors related to the oral health care behaviours. Sample was 198 parents of preschool children at Praphrom Child Development Center. Systematic random sampling was applied. Data were analysed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and Fisher's exact test.

Results revealed that most of parents (84.8%) had knowledge at a moderate level regarding the oral health care for their children. 67.2% of those samples had attitude at a high level regarding oral health care. Most of parents (80.3%) needed to improve their behaviours of oral health care for their children. Dental health new, parents' income, and parent's knowledge were significantly correlated with the oral health care behaviours ($p<0.05$).

Research findings suggest that parents had insufficient knowledge on how to care for pre-school children's oral health. Therefore, the research results should be used to guide planning, and develop appropriate models for oral health promotion activities of preschool children in child development centers.

Keywords: Oral Health Care, Preschool Children, Parents, Preschool Child Development Center

บทนำ

ปัญหาที่สำคัญของโรคที่เกิดในช่องปาก คือ โรคฟันผุ ซึ่งเกิดจากแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ในช่องปาก เมื่อรวมตัวกับเศษอาหารและน้ำลายสะสมกันเป็นคราบเหนียวที่จะเกาะอยู่บนผิวของฟันที่เรียกว่า "คราบฟัน" หรือ "คราบแบคทีเรีย" แบคทีเรียที่อยู่ในช่องปากเหล่านี้จะเปลี่ยนสภาพน้ำตาลและแป้งให้เป็นกรด มีฤทธิ์ทำลายแร่ธาตุที่ผิวฟัน จนก่อให้เกิดเป็นรู โดยเริ่มจากขนาดเล็ก ๆ ลุกลามใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นโรคฟันผุ ปัญหาฟันผุในเด็กนั้นสามารถเกิดได้ในเด็กตั้งแต่อายุไม่ถึง 1 ปี หรือเริ่มมีฟันน้ำนมขึ้นเป็นซี่แรก เนื่องจากชั้นเคลือบฟันของฟันน้ำนมจะบางกว่าชั้นเคลือบฟันของฟันแท้ และยังมีแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบของความแข็งแรง เช่น แคลเซียมและฟอสฟอรัสน้อยกว่าในฟันแท้อีกด้วย จึงทำให้ฟันน้ำนมมีโอกาสผุได้ง่ายมาก (Department of Health, 2014) โรคฟันผุสามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยโดยรวมของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มที่ต้องการความดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง (Department of Health, 2001)

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กก่อนวัยเรียน 3 - 5 ปี ประมาณร้อยละ 40.0 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และพบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดฟันผุเป็นรู (Department of Health, 2018) ฉะนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญ และลดโอกาสเกิดฟันถาวรผุได้ โดยสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำเพิ่มเติม คือ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ได้แก่ การแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ และพฤติกรรมการบริโภคนม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมของผู้ปกครอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ปัญหาที่พบ คือ โรคฟันผุ จะเริ่มพบในเด็กก่อนอายุ 3 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงจำเป็นต้องมีผู้ปกครองคอยให้ความดูแล นอกจากนี้ยังมาจากพฤติกรรมการดูสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ปกครองขาดความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การให้เด็กอมลูกอมเป็นประจำ และการให้เด็กหลับคาขวดนม (Kunawiwat & Yamsanoe, 2012) การให้เด็กดูดนมขวดเป็นเวลานาน โดยเฉพาะช่วงกลางคืน และผู้ปกครองมีความคิดว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญเมื่อเทียบกับฟันแท้ เด็กที่มีฟันน้ำนมผุแล้วผู้ปกครองไม่เคยพาไปพบทันตแพทย์ จะทำให้ฟันผุเหลือแต่รากจนเกิดมีถุงหนองที่ปลายรากฟัน ซึ่งผลเสียของการเกิดโรคฟันผุในเด็กที่เห็นได้ชัด คือ หากฟันน้ำนมผุในส่วนของฟันกรามถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้มีการลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟัน เด็กจะเกิดอาการเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ รับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดภาวะขาดสารอาหาร ส่งผลต่อน้ำหนักตัว การเจริญเติบโตของร่างกายและสมองของเด็ก (Department of Health, 2017)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 46.52 มีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอนเท่ากับ 2.69 ซี่ต่อคน และมีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2019) ส่วนผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี ของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีอัตราเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 57.08 มีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอนเท่ากับ 3.34 ซี่ต่อคน และพบว่ามีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเช่นกัน (Phraphrom Hospital, 2019) นับว่าสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน 3 - 5 ปี ยังมีอัตราการเกิดโรคฟันผุที่ยังเป็นปัญหาอยู่ ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งจากการดำเนินงาน พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้แก่ ปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้เลี้ยงดู ปัญหาการรับประทานขนมหวาน ปัญหาการเลี้ยงดูด้วยขวดนม รวมถึงการที่ผู้ปกครองละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน และปัญหาสำคัญที่ยังต้องการดูแลเพิ่มเติม คือ การแปรงฟันด้วยผู้ปกครองของเด็กเล็กและผู้ปกครองยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง นอกจากนี้ การดื่มนมเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ คือ เด็กเล็กอายุ 3 ปี ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านสูง รวมทั้งยังมีการใช้นมขวด นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กเล็กทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันไม่ถูกวิธี

ในการแก้ปัญหาเหล่านี้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยโรงพยาบาลพระพรหม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์เด็กเล็ก ได้ดำเนินการจัดการแก้ปัญหาและให้ความสำคัญในด้านทันตสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีนโยบาย และมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากตลอดทั้งปี เช่น การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก การแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการเลิกดูดนมจากขวด เพื่อรณรงค์ให้ผู้ปกครองของเด็กที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอพระพรหม เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากบุตรหลาน และดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานในช่วงเวลาที่เด็กอยู่ที่บ้านกับผู้ปกครอง ดังนั้น ผลศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้จะทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง ซึ่งมีความสำคัญต่อการนำข้อมูลใช้เป็น

แนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ส่งผลต่อการพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก

วัตถุประสงค์วิจัย

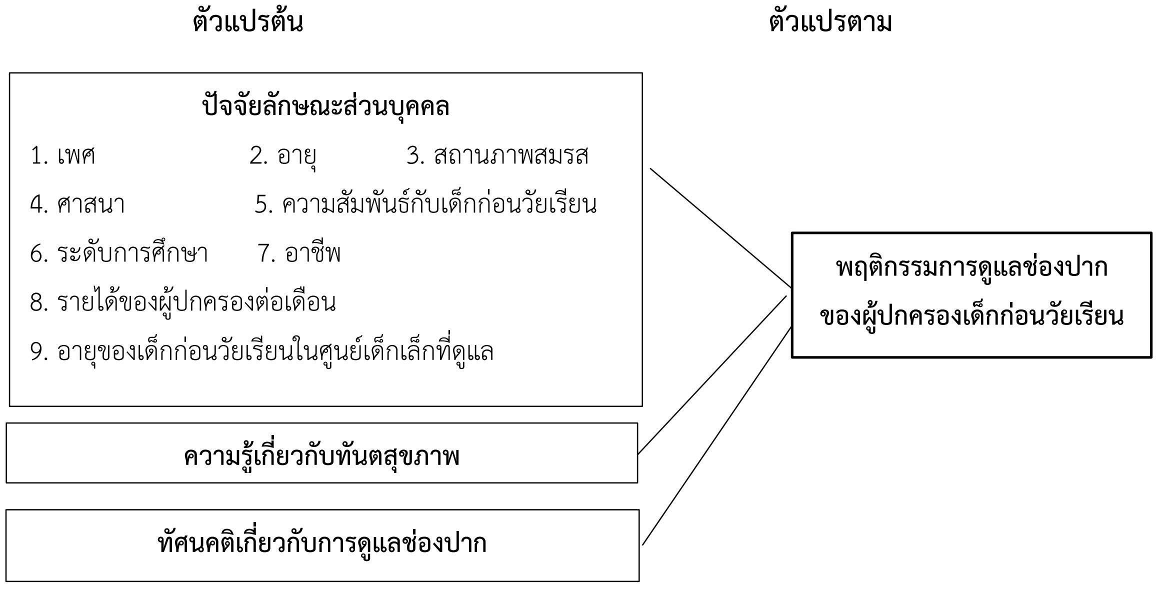
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และทัศนคติการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนและนำแนวคิดพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ภายนอกตัวบุคคล และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่เป็นพฤติกรรมที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอก (Payomyam, 2002) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เก็บข้อมูลช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 335 คน คัดเลือกผู้ปกครองที่ดูแลและปฏิบัติภารกิจประจำวันของเด็กเป็นประจำ เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามกลับที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ 18 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) คำนวณหาระยะห่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ I= N/n (Jantarasuwan & Buatoun, 2004) ได้ระยะห่างเท่ากับ 2 แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เลือกกลุ่มตัวอย่างในลำดับถัดไปวนไปตามรอบจนครบจำนวน 198 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามปลายปิด และปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน และอายุของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กที่ดูแล มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน

แปลผล โดยการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่า 9 คะแนน) โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ มีตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ รายด้าน และภาพรวม มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลช่องปาก จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึงปฏิบัติทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม การวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating scale) นำคะแนนมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับพฤติกรรมดี (คะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.00) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34) และพฤติกรรมต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson KR-20) โดยพิจารณาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72

2. แบบสอบถามด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลช่องปาก นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ 0.8 ขึ้นไป (Ganjanawasee, 2001) ได้ผล ดังนี้ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก เท่ากับ 0.97 พฤติกรรมการดูแลช่องปาก เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นัดหมายผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความยินยอม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ครูพี่เลี้ยงแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ปกครองเด็กเป็นรายบุคคล และให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้ปกครองมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม

3. ครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้อธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้สถิติ Chi-square Test และ Fisher’s exact Test

สำหรับตัวแปรศาสนา ไม่สามารถนำมาหาค่าความสัมพันธ์ได้ เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นับถืออิสลามน้อยเกินไป

จริยธรรมวิจัย

ขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนในการทำวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ 003/2564

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 อายุระหว่าง 30 - 45 ปี จำนวน 126 คน ร้อยละ 63.6 มีอายุเฉลี่ย 34.99 ปี ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 99.0 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ มากที่สุด จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 รายได้เฉลี่ย 9,128.79 บาท มีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 40,000 บาท ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4 ปี มากที่สุด จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5 ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด จำนวน 117 คน รองลงมา คือ ครูศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4 และ 64.2 ตามลำดับ

2. ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพในภาพรวม (n=198)

ระดับความรู้		**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับสูง	(12 ข้อขึ้นไป)	57	28.80
ระดับปานกลาง	(9 - 11 คะแนน)	73	36.90
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า 9 คะแนน)	68	34.30

(M= 9.49 คะแนน, *S.D.*= 3.08, Min= 1 คะแนน, Max= 15 คะแนน)

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง มากที่สุด และใกล้เคียงกับระดับต่ำ (ร้อยละ 36.90 และ 34.30) ตามลำดับ ส่วนความรู้ระดับสูงมีน้อยที่สุด

3. ทัศนคติเกี่ยวกับช่องปาก ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลช่องปากของผู้ปกครองในภาพรวม (n= 198)

ระดับทัศนคติ		**จำนวน**	**ร้อยละ**
ระดับสูง	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67 – 5.00)	133	67.20
ระดับปานกลาง	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 – 3.66)	54	27.30
ระดับต่ำ	(ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 2.33)	11	5.60

(M= 3.72 คะแนน, *S.D.*= 0.65, Min= 1.53 คะแนน, Max= 5 คะแนน)

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงมากกว่าประมาณ 2 เท่าของระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.20 และ 27.30) ตามลำดับ และระดับต่ำน้อยที่สุด

4. พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวม (n=198)

ระดับพฤติกรรม		**จำนวน**	**ร้อยละ**
พอใช้	(คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.34)	39	19.70
ต้องปรับปรุง	(คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67)	159	80.30

(M= 1.49 คะแนน, *S.D.*= 0.24, Min= 1.00 คะแนน, Max= 2.30 คะแนน)

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลช่องปาก อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากเป็น 4 เท่าของระดับพอใช้ (ร้อยละ 80.30 และ19.70) ตามลำดับ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนจำแนกเป็นรายข้อ (n= 198)

พฤติกรรมการดูแลช่องปาก	M	*S.D.*	**ระดับ**
1. ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว	1.69	0.49	พอใช้
2. ท่านแปรงฟันให้เด็กในตอนเช้าและก่อนนอน	1.33	0.47	ปรับปรุง
3. ท่านกำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้วหรือจากกล่องแทนการดูดนมจากขวด	1.35	0.49	ปรับปรุง
4. ท่านพาเด็กไปหาทันตแพทย์เพื่อรับบริการตรวจฟันทุกๆ 6 เดือน	1.65	0.65	ปรับปรุง
5. ท่านเปลี่ยนแปรงสีฟันเมื่อแปรงสีฟันมีลักษณะฟู กระจาย บาน ไม่เป็นพุ่ม หรือเสื่อมประสิทธิภาพในการใช้งาน	1.21	0.49	ปรับปรุง
6. ท่านเลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ให้เด็กแปรงฟัน	1.20	0.42	ปรับปรุง
7. ท่านฝึกให้เด็กแปรงฟัน โดยฝึกให้เด็กแปรงฟันด้านหน้าก่อนแปรงด้านอื่น	1.35	0.50	ปรับปรุง
8. ท่านให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง*	1.97	0.62	พอใช้
9. ท่านตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน	1.47	0.52	ปรับปรุง
10. ท่านจะซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเอง เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน*	1.71	0.84	พอใช้
รวม	**1.49**	**0.24**	**ปรับปรุง**

หมายเหตุ ข้อความที่มี * เป็นคำถามเชิงลบ และกลับค่าคะแนนแล้ว

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (M= 1.49, *S.D.*= 0.24) โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ดีที่สุด คือ ไม่ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง (M= 1.97, *S.D.*= 0.62) รองลงมา คือ ไม่ซื้อยาแก้ปวดให้เด็กทานเอง เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน (M= 1.71, *S.D.*= 0.84) และให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนการดื่มนมรสหวานและนมเปรี้ยว (M= 1.69, *S.D.*= 0.49) ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (n= 198)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	*p*-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)			
ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล					
เพศ			0.001	1	1.000
ชาย	37 (80.40)	9 (19.60)			
หญิง	122 (80.30)	30 (19.70)			
อายุ (ปี)			2.129	2	0.345
< 30 ปี	40 (74.10)	14 (25.90)			
30-45 ปี	105 (83.30)	21 (16.70)			
> 45 ปี	14 (77.80)	4 (22.20)			
สถานภาพสมรส			0.571	1	0.450
คู่	126 (79.20)	33 (20.80)			
โสด/หย่า/แยก/หม้าย	33 (84.60)	6 (15.40)			
ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน			Fisher's Exact Test		0.759
พ่อ	28 (80.00)	7 (20.00)			
แม่	112 (81.20)	26 (18.80)			
บุคคลอื่น	19 (76.00)	6 (24.00)			
ระดับการศึกษาสูงสุด			1.294	2	0.524
ประถมศึกษาลงมา	21 (80.80)	5 (19.20)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	39 (75.00)	13 (25.00)			
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	99 (82.50)	21 (17.50)			
อาชีพ			2.630	2	0.269
เกษตรกรรม-รับจ้าง	91 (80.50)	22 (19.50)			
อื่นๆ	53 (84.10)	10 (15.90)			
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	15 (68.20)	7 (31.80)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)			6.540	2	0.038*
≤ 5,000 บาท	35 (68.60)	16 (31.40)			
5,001–10,000 บาท	92 (82.90)	19 (17.10)			
> 10,000 บาท	32 (88.90)	4 (11.10)			

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัย	**ระดับพฤติกรรม**		χ^2	df	*p*-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)			
อายุของเด็กที่ดูแล			3.359	2	0.307
3 ปี	58 (76.30)	18 (23.70)			
4 ปี	81 (81.00)	19 (19.00)			
5 ปี	20 (90.90)	2 (9.10)			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร			Fisher's Exact Test		< 0.001*
ไม่เคยได้รับ	6 (31.60)	13 (68.40)			
เคยได้รับ	153 (85.50)	26 (14.50)			
ความรู้			14.343	2	0.001*
ระดับต่ำ	57 (83.80)	11 (16.20)			
ระดับปานกลาง	49 (61.70)	24 (32.90)			
ระดับสูง	53 (93.00)	4 (7.00)			
ทัศนคติ			2.946	2	0.229
ระดับต่ำ	10 (90.90)	1 (9.10)			
ระดับปานกลาง	42 (77.80)	12 (22.20)			
ระดับสูง	106 (79.70)	27 (20.30)			

* $p < 0.05$

จากตาราง 6 พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน ระดับการศึกษา อาชีพ อายุของเด็กที่ดูแล และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นที่ผู้ปกครองตอบถูก คือ การดูแลการแปรงฟันตอนเช้าและเย็นของเด็กเป็นหน้าที่ของผู้ปกครอง และการป้องกันโรคฟันผุที่ดี คือ การแปรงฟัน ส่วนประเด็นที่ผู้ปกครองตอบผิด คือ โรคฟันผุเกิดจากเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น และการแปรงฟันที่ถูกวิธี คือ การถูไปถูมา แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าผู้ปกครองจะทราบว่าผู้ปกครองมีหน้าที่ที่ต้องดูแลเด็ก แต่ผู้ปกครองยังมีการเข้าใจผิดถึงการแปรงฟันที่ถูกต้อง ส่งผลให้เด็กมีโรคฟันผุที่มากขึ้น สอดคล้อง Department of Health, Ministry of Health (2018) ที่พบว่า ยังพบเด็ก 3 - 5 ปี มีคราบจุลินทรีย์ที่เกี่ยวเนื่องกับโรคฟันผุมากกว่า 40%

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ปกครองเชื่อว่าการดูแลทันตสุขภาพของเด็กเป็นผลดีต่อช่องปากเด็ก แต่ก็ยังมีทัศนคติบางประเด็นที่ไม่ถูกต้อง เช่น การตรวจฟันเป็นหน้าที่ของทันตแพทย์เท่านั้น หรือการถอนฟันก่อนกำหนดจะทำให้ฟันแท้ขึ้นได้เร็วขึ้น และทำให้ฟันแข็งแรงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่สรุปว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี

ระดับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 80.3) ซึ่งจะเห็นได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครองที่พบว่า ผู้ปกครองยังมีพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงเกี่ยวกับการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในด้านการฝึกให้เด็กแปรงฟันที่ถูกวิธี การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้ากับก่อนนอน การนำเด็กไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันทุก 6 เดือน การเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนาดพอเหมาะ เมื่อแปรงสีฟันบาน พุ่ม ก็ควรเปลี่ยนแปรงสีฟัน รวมไปถึงการเลือกใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ส่วนในเรื่องการบริโภคนมยังพบว่าผู้ปกครองยังให้เด็กดูดนมจากขวด แต่มีพฤติกรรมที่พอใช้ที่ให้เด็กก่อนวัยเรียนบริโภคนมจืดแทนนมเปรี้ยว และไม่ปล่อยให้เด็กแปรงฟันเพียงลำพัง สอดคล้องกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย ที่พบว่า พฤติกรรมการดื่มนมเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึงร้อยละ 44.5 และ 47.6 เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูดนมจากขวด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Department of Health, 2018)

ปัจจัยด้านรายได้ของผู้ปกครองก็พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 56.1) รายได้เฉลี่ย 9,128.79 บาท มีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาท ซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และจะใช้ในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น (Keynes, 1936) นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ในการรักษาหรือเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงด้วย ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองและการไปรับบริการด้านทันตกรรมป้องกันน้อยกว่าคนที่มีรายได้สูง ประกอบกับในช่วงศึกษาวิจัยเป็นช่วงที่ทีการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลและมีรายได้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Runghiranwat (2010) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongmai, Chaisang, Kajkumhaeng, & Chaisang (2019) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

สำหรับการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 90.4 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูศูนย์เด็กเล็ก แต่ทั้งนี้ในการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้นผู้ปกครองอาจจะยังไม่นำความรู้ไปปฏิบัติ และอาจจะยังคิดว่าทันตสุขภาพเป็นเรื่องที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูศูนย์เด็กเล็กที่ต้องดูแลและรับผิดชอบ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่พาเด็กไปหาทันตแพทย์เพื่อรับบริการตรวจฟันทุก ๆ 6 เดือน ซึ่งจากการศึกษาก็ยังพบอีกว่า ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่ต้องปรับปรุงทุกช่วงอายุ อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ปกครองปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตัวเอง ยิ่งเด็กโตขึ้นก็คิดว่าเด็กสามารถแปรงฟันได้สะอาด โดยไม่ได้ตรวจความสะอาดของฟันให้กับเด็กหลังแปรงฟัน (M= 1.47,

S.D.= 0.65) และไม่ได้ฝึกให้เด็กแปรงฟันที่ถูกวิธี (M=1.35, *S.D.*= 0.50) ประกอบกับเมื่ออยู่บ้านเด็กก่อนวัยเรียนผู้ปกครองยังให้เด็กดื่มนมจากขวด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคฟันผุอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของ (Department of Health, 2018) ที่พบว่า เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูดนมจากขวด ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดโรคฟันผุ

เมื่อพิจารณาด้านความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน กล่าวคือ ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับต่ำเป็น 1 ใน 3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองยังมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ถึงแม้ว่าผู้ปกครองจะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับทันตสุขภาพที่มากถึงร้อยละ 90.4 ก็ตาม ฉะนั้น เพื่อให้เด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกต้อง ผู้ปกครองควรยึดหลักง่าย ๆ ในการแปรงฟันสำหรับให้เด็กก่อนวัยเรียนฝึก และมีพฤติกรรมแปรงฟันที่ถูกต้องด้วยวิธีการแปรงฟันสูตร 2 2 2 ตามที่ Department of Health (2019) ที่ได้ให้คำแนะนำไว้ คือ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ เช้าและก่อนนอน แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที เพื่อให้สะอาดทั่วทั้งปากทุกซี่ทุกด้าน และให้ฟลูออไรด์ได้ใช้เวลาทำปฏิกิริยากับฟันเพื่อป้องกันฟันผุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงปล่อยให้ปากสะอาดไม่กินขนมหวาน น้ำอัดลมหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง การศึกษานี้สอดคล้องกับ Kongmueanphet, Kittipichai, & Pitikultang (2017) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร อยู่ในระดับพอใช้ โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลการบริโภค อาหารอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการตรวจฟันให้เด็กและการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับไม่ดี

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำ - ปานกลาง ร้อยละ 71.2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ปกครองยังมีความรู้ที่จะดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขควรนำข้อมูลนี้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน

2. ในด้านพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครอง อยู่ในระดับต้องปรับปรุงเกือบทั้งหมด มีเพียงการให้เด็กดื่มนมจืดแทนนมรสเปรี้ยว และไม่ให้เด็กแปรงฟันโดยลำพังที่อยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองควรจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปากเด็กตั้งแต่การเลือกซื้อแปรงสีฟันที่มีขนาดที่พอเหมาะกับปากของเด็ก การเลือกยาสีฟันที่มีฟลูออไลน์ ตลอดจนการฝึกให้เด็กแปรงฟันที่ถูกวิธี ซึ่งผู้ที่มีรายได้น้อยก็สามารถปฏิบัติได้ และยังเป็นการป้องกันโรคฟันผุที่ดีอีกด้วย ตลอดจนการตรวจความสะอาดของฟันหลังเด็กแปรงฟันด้วยตัวเอง ถึงแม้ว่าเด็กจะมีอายุที่มากขึ้นก็ตาม

3. เน้นและสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองดูสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในเท่านั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาผลของการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียนในขณะที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก จะทำให้รูปแบบการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

References

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, *2*, winter: 336-385.

Best, J. W. (1977). *Research in education.* (3rd ed). Englewod Cliffs: Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, T. J., & Madaus, G. F. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw – Hill Book Company Inc.

Department of Health, Ministry of Health. (2001). *Manual for people healthy family 1 recognize dental disease prevent completely the dental public health division.* Bangkok: Express Transportation Organization of Thailand. (in Thai)

Department of Health, Ministry of Health. (2014). *Dental operation guidelines public health year, 2014.* Nontaburi: The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shupatham. (in Thai)

Department of Health, Ministry of Health. (2017). Guidelines for tambon development, promoting children 0 - 5 years, 2017. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Prining. (in Thai)

Department of Health, Ministry of Health. (2018). *Results of the national oral health survey the 8th time, 2017.* Nontaburi: The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shupatham. (in Thai)

Department of Health, Ministry of Health. (2019). *Training course MCOTS dental health.* Bamgkok: Samchareon Phanich (Bangkok) Co., LTD. (in Thai).

Ganjanawasee, S. (2001). *Choosing the right statistics for research. (4nd ed).* Bangkok. Boonsiriprint. (in Thai)

Jantarasuwan, S. & Buatoun, S. (2004). *Research methods in social science.* Khon Kaen University. Khon Kaen. (in Thai)

Keynes, J. M. (1936). *The general theory of employment, interest and money*. New York : Harcourt Brace Jovanovich.

Kongmai, N., Chaisang, U., Kajkumhaeng, S., & Chaisang, N. (2019). Factors related to oral health care behaviors in pre-school children among parents in Chamuang sub-district, KhuanKhanun district, Phatthalung province. *Thai Journal of Public Health and Health Science, 2*(2), 26-42.

Kongmueanphet, V., Kittipichai, W., & Pitikultang, S. (2017). Dental caries preventive behaviors among guardians of preschool-children in child development centers, Phothong district, Angthong province. *Journal of Public Health*, *47*(2), 189-199.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30*(3), pp. 607-610.

Kunawiwat, P. & Yamsanoe, W. (2012). *Maternal child dental care that affects the child' s dental health in Wang Luek sub-district, Sum Chuk district, Suphanburi province.* Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health, Nakhon Pathom Rajabhat University. (in Thai)

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2019*). Annual report 2019.* Nakhon Si Thammarat. (in Thai)

Payomyam, S. (2002). *Practice psychology in community work.* Silpakorn University: Nakorn Pathom. (in Thai)

Phraphrom Hospital. (2019). *Annual report, 2019.* Nakhon Si Thammarat. (in Thai)

Runghiranwat, T. (2010). *Factors related with dental caries in children aged 12 - 18 months.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science program in pediatric dentistry department pediatric dentistry faculty of dentistry, Chulalongkorn University. (in Thai)

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2021, 1(2), 83-96. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564
https://he02-thaijo.org/index.php/JHSP Vol. 1 No. 2 May – August 2021

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Effectiveness of an Infectious Prevention Program for Patients with Acute Leukemia in Hematology-Oncology Medicine Ward at Surat Thani Hospital

ชมภู่ ปริตรศิรประภา* และ ศจีรัตน์ โกศล
Chompoo Paritsiraprapa* and Sajeerat Kosol

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
Nursing organization Suratthani Hospital

(Received: March 4, 2021; Revised: April 12, 2021; Accepted: May 19, 2021)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การป้องกันการติดเชื้อจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดครั้งเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia การให้ความรู้ การล้างมือ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วยสบู่ 4% Chlorhexidine การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า Odds ratio

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (OR= 0.38, 95%CI: 0.12 – 1.20) การติดเชื้อปอดอักเสบของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (OR= 0.62, 95%CI: 0.16 – 2.45) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) (OR= 0.17, 95%CI: 0.02 – 1.58)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ : โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ, มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e mail: Jechamsoo@gmail.com)

Abstract

Infection in patients with acute leukemia tends to be increasing. The infectious prevention is therefore essential to ensure patient's safety. This quasi-experimental posttest-two group design research aimed to compare the infection incidence between patients with acute leukemia who received the infectious prevention program and those who received regular nursing care. Sixty patients with acute leukemia were selected using purposive sampling, and then assigned into an experimental or control group (30 subjects per group). The tool used in the experiment was the infection prevention program for patients with acute leukemia, including assessment of risk factors for febrile neutropenia, health education, hand washing, patient isolation, cleansing the patient's body with 4% Chlorhexidine soap, and environmental cleaning. The tool used was a hospital infection surveillance record form. Its content validity was verified by a panel of three experts. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and odds ratio.

Results of research revealed that the incidence of sepsis in the control group and the experimental group was not different (Odds ratio = 0.38, 95% CI: 0.12 - 1.20, *p*-value= 0.079). The likelihood of having infected pneumonia was not different between the control group and the experimental group (Odds ratio= 0.62, 95% CI: 0.16 - 2.45, *p*-value= 0.365). However, the likelihood of having urinary tract infection in the control group was significantly higher than in the experimental group (Odds ratio = 0.17, 95% CI: 0.02 - 1.58, *p*-value = 0.097).

Per findings, the program can be applied to prevent urinary tract infection in patients with acute leukemia in similar contexts.

Keywords: Infectious Prevention Program, Acute Leukemia

บทนำ

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดมากกว่า 11,000,000 ราย และพบว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งร้อยละ 10 เป็นมะเร็งเม็ดเลือด (Centers for Disease Control and Prevention; CDC, 2013) ในประเทศไทยพบมะเร็งเม็ดเลือดร้อยละ 3 รายต่อประชากร 100,000 ราย (Siegel, Naishadham, & Jemal, 2013) มะเร็งเม็ดเลือดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดในไขกระดูก ทำให้เซลล์เม็ดเลือดตัวอ่อนไม่สามารถเจริญเติบโตเป็นเซลล์ตัวแก่ได้ แต่เซลล์ตัวอ่อนมีการแบ่งตัวมากขึ้น ส่งผลทำให้การสร้างเม็ดเลือดปกติลดลง ซึ่งทำให้มีอาการซีด เลือดออกง่าย มีไข้สูง มีการติดเชื้อง่ายขึ้น แนวทางการรักษาของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน คือ การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อทำลาย Leukemic cell เพื่อลดจำนวน

เซลล์มะเร็งให้มากที่สุด และมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อซึ่งส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น นอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่าย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่รุนแรงมากขึ้น

ข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2562 พบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำมีแนวโน้มสูงขึ้นในเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562 จากร้อยละ 58 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62 และร้อยละ 70 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากที่สุดเฉลี่ยร้อยละ 68 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงกลไกการสร้างภูมิต้านทานของร่างกาย เกิดภาวะที่ร่างกายมีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคลดลง ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลในเลือด น้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. และมีแนวโน้มจะลดลงน้อยกว่า 500 เซลล์/ลบ.มม. ภายใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับการมีอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38.3 องศาเซลเซียสขึ้นไปเป็นเวลานานกว่า 1 ชั่วโมง (Freifeld, Bow, & Sepkowitz, 2010) ภาวะที่เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลลดลงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการสูญเสียความสามารถในการจับกินเชื้อโรคจึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดมากขึ้น (Pongstaporn, 2016; Tangbovornveerakul, Bunkoe, Srisompoch, Phunprathum, Prakobwanichakul, & Techakehakij, 2015) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สำคัญ คือ การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนมาตรฐานในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ พบว่า การประเมินความเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและลดอัตราการเกิด Febrile neutropenia ได้ (The Multinational Association for Supportive Care in Cancer; MASCC, 2015) การล้างมือเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่ง่ายที่สุด และมีประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Malathum & Rongrungruang, 2017; Lekdamrongku, 2015) นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายมาตรการที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไว้ในโซนที่สะอาด มีการศึกษา พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยรายอื่นช่วยลดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ (Temtap, Hiruchunha, & Nilmanat, 2015) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการอาบน้ำผู้ป่วยด้วย 4% Chlorhexidine เป็นกลวิธีที่สามารถป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (CDC, 2015) The American Society of Clinical Oncology (ASCO) ได้กำหนดการดูแลให้ผู้ป่วยที่มีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำได้รับยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากมีไข้และเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลกับทีมดูแลในเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การสื่อสารระหว่างทีมจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของงานให้ประสบความสำเร็จ (Pattanpongdilok, 2015)

เมื่อเทียบเคียงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในปัจจุบัน พบว่า การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อยังไม่ครอบคลุมกระบวนการการดูแลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย รวมถึงขาดการประสานทีมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลหลังการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด ดังการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาทั้งการให้เคมีบำบัด การฉายแสง การทำหัตถการ รวมทั้งการนอนในโรงพยาบาลนาน ๆ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Neutropenia ซึ่งทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด โดยเฉพาะช่วงภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัด 7 - 14 วัน จะเป็นช่วงที่เม็ดเลือดขาวลดลงต่ำสุด (Nadir period) ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด (Kovitangkoon, Putthanachote, Sangsa, Kaewmafai, & Sarakran, 2017; Prasertsri & Phanthusart, 2018; Sharad & Stephen, 2016) การดูแลในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทุกกระบวนการดูแลตั้งแต่รับใหม่ ขณะนอนโรงพยาบาล และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในการป้องกันการติดเชื้อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันหอผู้ป่วย อายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือดรวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์วิจัย

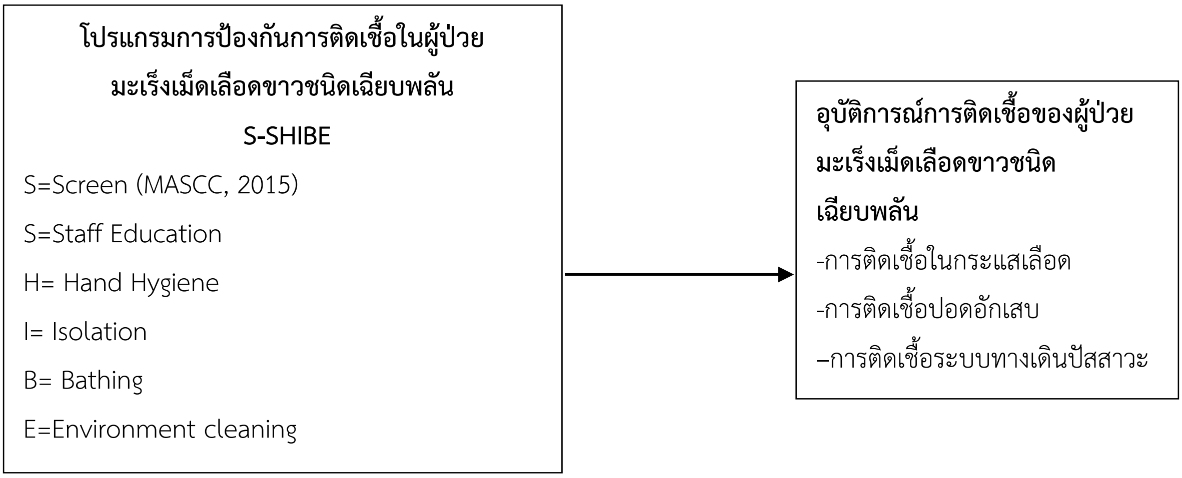
เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันโดยบูรณาการแนวคิดการป้องกันการติดเชื้อของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค CDC (2015) ร่วมกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Febrile neutropenia ของ MASCC และติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Infectious Disease Association Thailand, 2019) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน หมายถึง กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 3) การล้างมือ 4) การแยกผู้ป่วย การสื่อสารกับโรงพยาบาลปลายทางกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อเนื่อง และ 5) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดำเนินการวัดประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน หมายถึง อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มากกว่า 2 วัน ปฏิทิน และเกิดการติดเชื้อใน 3 ตำแหน่ง คือ 1) การติดเชื้อในกระแสเลือด 2) การติดเชื้อปอดอักเสบ และ 3) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตามคำนิยามของการติดเชื้อ ดังนี้

อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1. การติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจพบเชื้อในเลือดอย่างน้อย 1 ตัวอย่าง และเป็นเชื้อก่อโรค ร่วมกับมีอาการแสดง คือ มีไข้ (BT > 38 องศาเซลเซียส) หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำ

2. การติดเชื้อปอดอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีผลภาพรังสีทรวงอกพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นมากขึ้น อย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่ Infiltration consolidation cavitation ร่วมกับมีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย อาการไข้ (BT > 38 องศาเซลเซียส) ไอ หายใจเหนื่อยและอาจมีการตรวจพบเชื้อของเสมหะซึ่งเป็นเชื้อก่อโรค

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่มีอาการไข้ (BT > 38 องศาเซลเซียส) กดเจ็บบริเวณหัวเหน่า ปวดหลังหรือกดเจ็บบริเวณ Costovertebral angle ปวดปัสสาวะเฉียบพลัน ปัสสาวะแสบขัด และมีการตรวจพบเชื้อของปัสสาวะ

* เกณฑ์ตัวชี้วัดของการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เท่ากับ 0

* เกณฑ์ตัวชี้วัดของการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เท่ากับ 0

* เกณฑ์ตัวชี้วัดของการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เท่ากับ 0

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The posttest two group design) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

X	O_1
	O_2

O_1 หมายถึง อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันกลุ่มได้รับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อ

O_2 หมายถึง อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันกลุ่มได้รับการพยาบาลแบบปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (S-SHIBE)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับคัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดด้วยสูตร Induction therapy post-remission therapy และหรือ Consolidation/Intensification therapy 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563 2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการติดเชื้อ และ 3) ร่วมโครงการไม่ครบตามแผนการรักษา

เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว นำมากำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power analysis) เพื่อควบคุม type 2 error ได้กำหนดค่า Effect size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบที่ระดับเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน อย่างน้อย 26 คน ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มทดลอง และควบคุม รวมทั้งหมด 60 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลเกิดจากโปรแกรมโดยตรง คุณลักษณะของทั้งสองกลุ่มต้องแตกต่างกันน้อยที่สุด หรือเหมือนกันผู้วิจัย นอกจากเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามเกณฑ์ข้างต้นแล้ว ยังใช้วิธีจัดเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมทีละคู่ (Matched pair) โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องต่อไปนี้ 1) สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และ 2) ค่า Absolute Neutrophil Count แรกรับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน S-SHIBE program ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันย้อนหลัง 3 เดือน พบว่า มีแนวโน้มการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น โดยอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดมีการติดเชื้อสูงสุด รองลงมา คือ การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า มีแนวคิดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งต่อการเกิดภาวะ Febrile neutropenia ของ MASCC (2015) และแนวคิดการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ CDC (2015) ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การล้างมือ การแยกของใช้และการสื่อสารให้ข้อมูล การทำความสะอาดร่างกายด้วย 4% Chlorhexidine และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 สร้างโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อโดยนำ 2 แนวคิด มาบูรณาการร่วมกัน คือ แนวคิดการป้องกันการติดเชื้อของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2015) และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด (Febrile neutropenia) ของ (MASCC, 2015) ประกอบด้วย

S= Screening หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Febrile neutropenia โดยใช้เกณฑ์ของ MASCC ดังนี้ 1) ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยของความรู้สึกเจ็บป่วย 5 คะแนน 2) ไม่มีความดันโลหิตต่ำ 5 คะแนน 3) ไม่มีโรคปอดเรื้อรัง 4 คะแนน 4) เป็นsolid tumor หรือไม่มีการติดเชื้อรา 4 คะแนน 5) การรักษาแบบผู้ป่วยนอก 3 คะแนน 6) ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ 3 คะแนน และ 7) อายุน้อยกว่า 60 ปี 2 คะแนน ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่า 21 ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile neutropenia) โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกราย

S= Staff education หมายถึง พยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลในวันแรกรับและทบทวนการปฏิบัติตัวทุกวันในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายกรณีผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น จะมีการสื่อสารการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับโรงพยาบาล

รับทราบ โดยพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยใช้คู่มือการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและลงบันทึกในบันทึกการพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งปั๊มตรายางการให้ความรู้ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายและลงชื่อใน Progress note ทุกครั้ง

H= Hand hygiene เจ้าหน้าที่ทุกคนมีการล้างมืออย่างมีประสิทธิภาพถูกต้องทั้ง 7 ขั้นตอน และ 5 โอกาสของการทำความสะอาด มือ ประกอบด้วยก่อนหลังสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการ หลังสัมผัสสารคัดหลั่งและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดทุกวันในการ Pre conference และทำการทดสอบประสิทธิภาพการล้างมือทุกสัปดาห์ โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย และสอนการล้างมือแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ามานอนพักรักษาตัวโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับหลังการสอน

I= Isolation การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนสะอาด มีการกำหนดโซนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้าไปนอนในโซนสะอาดทุกราย

B= Bathing ให้ผู้ป่วยอาบน้ำด้วย 4% Chlorhexidine เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค โดยกำหนดให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ที่ดูแลการให้น้ำยา 4% Chlorhexidine แก่ผู้ป่วย

E=Environment cleaning การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมทุกวันด้วยน้ำยา โพสควอท โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานทำความสะอาด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การรักษา ระดับเม็ดเลือดขาวแรกรับ จำนวนวันนอน การรักษาที่ได้รับ และผลการเพาะเชื้อของเลือด เสมหะ และปัสสาวะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1) อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 2) อายุรแพทย์โรคเลือด และ 3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติการขั้นสูง หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้ 1) ควรนำเสนอโปรแกรม S-SHIBE ให้อยู่ในรูปแบบของ Flow chart เพื่อให้เห็นกระบวนการครบถ้วนตั้งแต่ผู้ป่วยรับใหม่ จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และควรระบุบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน พร้อมทั้งระบุเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจน 2) ปรับเนื้อหารายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ คู่มือการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม แบบคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แผนการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ สมุดประจำตัวผู้ป่วย แผ่นพับใบประสานงาน Febrile neutropenia fast tract

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.3 หลังโครงร่างการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง เพื่อสื่อสารทำความเข้าใจในการนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมาใช้ และฝึกปฏิบัติในการใช้เครื่องมือในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 เก็บข้อมูลอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโดยการใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและวิเคราะห์ผลการติดเชื้อตามคำนิยามการติดเชื้อในโรงพยาบาลของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยก่อนดำเนินโปรแกรมในเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563 ดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2.3 เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา พยาบาลวิชาชีพคัดกรองผู้ป่วย และแยกผู้ป่วยไปไว้ในโซนสะอาด มีการให้ความรู้ เน้นมาตรการล้างมือเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายมีการให้ความรู้การปฏิบัติตัว ให้คู่มือและใบสื่อสาร Febrile neutropenia fast tract จนครบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 60 รายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ตั้งแต่เดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Odds Ratio (OR)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ 62/2563 ลงวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยทำเอกสารแนะนำตัวและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะเข้าร่วมและถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ตอบรับเข้าร่วมวิจัยแล้วมี

สิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อแม้และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี (*S.D.*= 16.1) อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 15 - 81 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 96.0 มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 30.0

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันประเภท Acute Myeoblastic Leukemia (AML) ร้อยละ 87.5 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 56.2 เข้ารับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Induction และ Post-remission Therapy คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ 16.7 ตามลำดับ

ตาราง 1 แสดงค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันก่อนการติดเชื้อและหลังติดเชื้อหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (n=60 คน)

ลักษณะข้อมูล	ก่อนการติดเชื้อ		หลังการติดเชื้อ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
More than 2000	37	62.50	14	22.90
1501 - 2000	4	6.30	2	2.10
1001 - 1500	0	0	3	4.20
501 - 1000	2	4.10	4	6.18
0 - 500	17	27.10	37	64.60

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันก่อนการติดเชื้อ มีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) มากกว่า 1500 ร้อยละ 68.80 และ มีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) น้อยกว่า 500 ร้อยละ 27.10 และผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันหลังพบการติดเชื้อ มีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) น้อยกว่า 500 ร้อยละ 64.60

การประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

แหล่งติดเชื้อ		จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ติดเชื้อ	OR (95%CI)	*p*-value
1. การติดเชื้อในกระแสเลือด	กลุ่มทดลอง	6(20.00)	Ref.	0.07
	กลุ่มควบคุม	12(40.00)	0.38(0.12-1.20)	
2. การติดเชื้อปอดอักเสบ	กลุ่มทดลอง	4(13.30)	Ref.	0.36
	กลุ่มควบคุม	6(20.00)	0.62(0.16-2.45)	
3. การติดเชื้อในระบบทางเดิน	กลุ่มทดลอง	1(3.30)	Ref.	0.09
ปัสสาวะ	กลุ่มควบคุม	5(16.70)	0.17(0.02-1.58)	

จากตาราง 2 อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.38, 95%CI: 0.12 – 1.20) การติดเชื้อปอดอักเสบของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.62, 95%CI: 0.16 – 2.45) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.17, 95%CI: 0.02 – 1.58)

อภิปรายผล

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.38, 95%CI: 0.12 – 1.20) การติดเชื้อปอดอักเสบของกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.62, 95%CI: 0.16 – 2.45) และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะกลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (OR= 0.17, 95%CI: 0.02 – 1.589)

จากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อค้น พบว่า โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (S-SHIBE Program) ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีองค์ประกอบได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การให้ความรู้ผู้ป่วย การสื่อสาร การล้างมือ การอาบน้ำด้วยสบู่ทำลายเชื้อ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาที่ต้องควบคุมพิเศษ พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง บุคลากรที่ดูแลมีความรู้ การแยกของใช้ การสื่อสาร การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การล้างมือ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม สามารถลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้ (Kosol, 2021) นอกจากนี้แล้วโปรแกรม S-SHIBE ยังเป็นโปรแกรมที่มีขั้นตอนการดูแลสอดคล้องกับพยาธิสภาพโรคของผู้ป่วย มีความถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ชนิดเฉียบพลัน ส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาพยาธิสภาพของผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันจะเกิดภาวะ Neutropenia ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด หากมีการติดเชื้อในร่างกายก็มีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะช่วง Nadir period ซึ่งเป็นช่วงภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัด 7 - 14 วัน จะเป็นช่วงที่เม็ดเลือดขาวลดลงต่ำสุด ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงสุด (Kovitangkoon, Putthanachote, Sangsa, Kaewmafai, & Sarakran, 2017; Pattanpongdilok, 2015; Prasertsri & Phanthusart, 2018) นอกจากนี้ S-SHIBE Program มีการใช้กลวิธีหลากหลายซึ่งส่งเสริมให้รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของประจวบ ทองเจริญและคณะที่ได้พัฒนาโปรแกรมผลของการใช้กลวิธีหลากหลาย พบว่า ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Thongcharoen, Moongtui, & Unahalekhaka, 2015) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งกำหนดเกณฑ์การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อปอดอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เท่ากับ 0 จากผลการใช้โปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อยังมีการติดเชื้อมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ชนิดของการรักษาที่ได้รับซึ่งทำให้เกิดภาวะ Febrile neutropenia ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ หรือความรุนแรงของตัวโรค

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ Febrile neutropenia ที่นำไปสู่การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน อ้างอิงจาก MASCC (2015) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ปัจจัยชนิดของมะเร็งและมีความรุนแรงของโรค โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน รักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดสูตร Induction และ Post-remission therapy (ร้อยละ 29.2 และ 16.7) ซึ่งเป็นสูตรยาเคมีบำบัดที่หวังผลในการรักษาให้โรคสงบและหายขาด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Reich, Mapara, Reichardt, Dorken & Maschmeyer, 2001)

ค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) ในเลือดที่ลดลงเหลือน้อยกว่า 1,500 และมีแนวโน้มที่จะลดลงต่ำกว่า 500 จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น โดยโอกาสของการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคจะแปรผกผันแบบผกผันกับค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) ในเลือด จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันมีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) < 1500 ร้อยละ 31.20 ซึ่งเพิ่มโอกาสและความรุนแรงของการติดเชื้อ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในครั้งต่อไป

งานวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ช่วงเวลาการนำโปรแกรมไปทดลองใช้ ซึ่งเพื่อยืนยันผลการวิจัยนี้ควรมีการขยายเวลาในการทดลองการใช้โปรแกรมให้นานขึ้น อีกทั้งรูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดภายหลังโปรแกรมนี้ยังมีจุดอ่อนในด้านอิทธิพลภายนอกที่สามารถเข้ามามีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงผลการทดลองได้ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการทดลองควรมีการศึกษาแบบ The posttest two groups design และควรมีการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่ม (Randomly sampling)

การนำผลการวิจัยไปใช้

หัวหน้ากลุ่มงานควรนำโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันของกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้ระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเพื่อนำผลการวิจัยนำสู่การวางมาตรการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรศึกษาวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในทุกกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมตามองค์ประกอบของโปรแกรม

References

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Blood cancers: Leukemia, lymphoma, and a myeloma.* Nontaburi. (in Thai)

Center for Disease Control and Prevention. (2015). *Facility guidance for control hospital associated hospital.* Retrieved September 15, 2020 from https://www.cdc.gov. (in Thai)

Freifeld, A., Bow, E., & Sepkowitz, K. (2011). Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of America. *Clinical Infectious Diseases, 75*(12), 52:e56–93.

Infectious Disease Association Thailand. (2019*). Identifying healthcare - associated infections (HAI) for NHSN surveillance.* Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing. (in Thai)

Kosol, S. (2021). Development of a carbapenem resistance enterobacteriaceae spread prevention model in hematology and oncology medicine ward, Surat Thani hospital. *Institute for urban disease control and prevention journal*, *5*(2), 101-115.

Kovitangkoon, K., Putthanachote, N., Sangsa, N., Kaewmafai, J., & Sarakran, P. (2017). Factors associated with bacterial septicemia among patients in intensive care unit, Roi Et. hospital, Roi Et province. *Srinagarind Medical Journal*, *32*(2), 111-118.

Lekdamrongku, P. (2015). Nursing management and assessment of febrile neutropenia (FN) risks in cancer patients treated with chemotherapy: The role of nurses. *Thai Journal of Nursing Council, 30*(1), 5-15.

Malathum, K. & Rongrungruang, Y. (2017). *Prevention and control in healthcare setting.* Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing. (in Thai)

Pattanpongdilok, C. (2015*). The guideline for interdisciplinary operation to support a victim of virulence in family at one stop crisis center in Bangkok metropolitan administration hospital.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of social work in social welfare administration and policy department of social work faculty of social administration, Thammasat University. (in Thai)

Pongstaporn, W. (2016). Childhood acute lymphoblastic leukemia. *Thai Cancer Journal, 36*(2), 68-75.

Prasertsri, T. & Phanthusart, N. (2018). Influence factors and severity of infections within the Cancer patient. *Journal of Nursing and Health Care*, *36*(2), 22-30.

Reich, G., Mapara, M. Y., Reichardt, P., Dorken, B., & Maschmeyer. (2001). Infectious complication after high-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation: comparison between patients with lymphoma or multiple myeloma and patients with solid tumors. *Bone Marrow Transplanttation*, *27*, 525-527.

Sharad, M. A. & Stephen, R. C. (2016). Evaluating the impact of a computerized surveillance algorithm and decision support system on sepsis mortality. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *24*, 88-95.

Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2013). Cancer statistics, 2013*. A Cancer Journal for Clinicians, 63*(1), 11–30.

Tangbovornveerakul, T., Bunkoe, P., Srisompoch, K., Phunprathum, C., Prakobwanichakul, N., & Techakehakij, W. (2015). The infection of febrile neutropenia in leukemia at Suratthani hospital: Incidence of infection, causative organism and factors associated with treatment outcomes. *Thammasat Medical Journal, 15*(1), 29-38.

Temtap, S., Hiruchunha, S., & Nilmanat, K. (2015). Development of self-care promotion among patients with Acute Myeloid Leukemia (AML) and receiving chemotherapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2*(3), 21-40.

The Multinational Association For Supportive care in Cancer. (2015). *Identifying patients at low risk for FN complications: Development and validation of the MASCC risk index score* Retrieved September 15, 2020 from https://www.mascc.org.

Thongcharoen, P., Moongtui, W., & Unahalekhaka, A. (2015). Effects of using multifaceted strategic method on practices of healthcare personnel in prevention of multidrug resistant bacterial infection. *Nursing Journal*, *42*(1), 61-73.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น

2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย

3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด

4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และและบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน– ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ <u>เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า</u>

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วย**ตัวหนา**ไว้หน้าแรก**<u>ตรงกลาง</u>** ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์**<u>ตรงกลาง</u>** ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1. ....
1.1 ....
1.1.1 ....
1.1.1.1 ....
1) ....
1.1) ....
- ....

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือ

ภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
    - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
    - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
    - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
    - การเก็บรวบรวมข้อมูล
    - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample

- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย
    - บทคัดย่อ (Abstract)
    - บทนำ (Introduction)
    - เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
    - สรุป (Conclusion)
    - ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
    - References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.............” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing,* Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education.* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Heath Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” *Basic nursing challenge.* (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเตอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision.* Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from https://magazine.nursing.jhu.edu/

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, *201*(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health.* A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference.* Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

3.17 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14[1,*](หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ[1*] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน1 หน้า (300-350คำ)

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย..

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ ....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์จากงานวิจัย...

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

2.54 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..........................) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

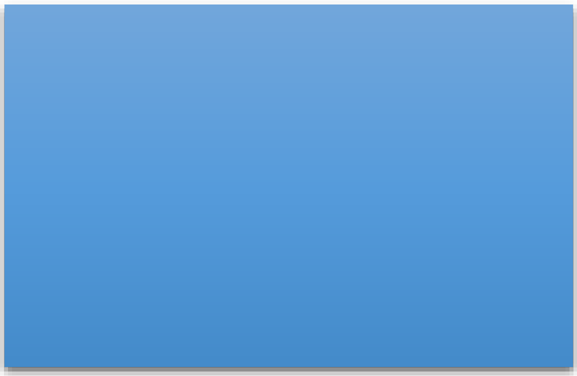
(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค ....

....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา) ....(ชื่อภาพไม่หนา)......... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา)...

....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค..

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค..

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค..

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค..

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค..

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา..

....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1 ....ชื่อตาราง....................... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)**
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนจำเสนอผลจากตารางให้น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) ....

....

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2 ....ชื่อตาราง....................... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	**หัวข้อ**	**หัวข้อ**
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า..

....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....
....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....
....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing,Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani Collegeof Nursing, Songkhla. (in Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ช

Template บทความวิชาการ

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

2.54 ซม.

3.17 ซม.

2.54ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14[1,*](หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

[1]สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ[1*] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ) ....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ:หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..........................) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ) ....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค ....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing,Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani Collegeof Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่
ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ (บรรณาธิการ)
สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000
Tel. 093-6356351 E-mail: Rphalasuek@gmail.com