

วารสาร

สารานุกรมสุขภาพ

LANNA PUBLIC HEALTH JOURNAL

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2557 • Volume 10 No. 3 September-December 2014

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมเย็บ โรงพยาบาลลำพูน

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันปอดอักเสบ
ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

การศึกษานำร่องเพื่อหาความชุกของภาวะกระดูกพรุน
ในประชากรเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ปี 2557

การสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในภาคเหนือตอนบน ปี 2556

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหาร
และเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของการกักเฝ้าในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาใช้บริการโลหิตซ้ำในผู้ป่วยโรคโลหิต โรค โรงพยาบาลลำพูน

ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร

ประสิทธิภาพของนวัตกรรม: อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสาธารณสุขฉบับหน้า

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ศุภชัย	ฤกษ์งาม	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วิทยา	หลิวเสรี	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐
แพทย์หญิงเสาวนีย์	วิบูลสันติ	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐
รศ.ดร.นิมิตร	มรกต	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการ

ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด

รองบรรณาธิการ

นางเจียรนัย ขันติพงศ์

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.คม	สุนทรสรรพ	ศ.ดร.ธีรภาพ	เจริญวิริยะภาพ
รศ.ดร.ปรัชญา	สมบุญ	รศ.ดร.เพ็ญประภา	ศิริโรจน์
รศ.ธีรภัทร	วรรณฤมล	รศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ	วิวรรณะเดช
รศ.ดร.สมเดช	ศรีชัยรัตนกุล	ผศ.ดร.ยุทธนา	หมั่นดี
ผศ.ดร.มณฑา	แก่งการพานิช	ผศ.นพ.เกรียงไกร	ศรีธนวิบูลย์ชัย
ดร.ดำรงพันธุ์	ทองวัฒน์	นพ.จรัส	สิงห์แก้ว
นพ.อรรถพล	ชีพสัตยากร	นพ.สุรเชษฐ์	อรุณทอง
ผศ.ลำปาง	แสนจันทร์	ดร.ปิยะดา	คุณาวรรักษ์
ดร.อังคณา	แซ่เจ็ง	ภก.สุนิสา	ศิริ
นายอดุลย์ศักดิ์	วิจิตร	นางสิริหญิง	ทิพศรีราช
ภก.ณัฐนันท์	เขียวขลาคม	นายอำนาจ	ทิพศรีราช

คณะเตรียมต้นฉบับ

นางกานต์ธีรา	เรืองเจริญ	นางสาวเมตตา	คำอินทร์
ดร.นันทวดี	ปิ่นปันคง		

คณะประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นายธนาณรัณย์	ใจส่วย	นางสาวทิพย์หทัย	ทตเพชร
นางสาวเจนจิรา	สมฤทธิ์	นายเผด็จ	แก้วควิน

คณะพัฒนาระบบอิเล็กทรอนิกส์ :

นายอนุชาติ	จอมแปง	นายอนุชา	สุภาวงศ์
------------	--------	----------	----------

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร)
เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-221529 โทรสาร 053-212389 E-mail : lannadpc10@gmail.com

กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง หรือ 6 เดือนครั้ง มิถุนายน, ธันวาคม

พิมพ์ที่

บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด 108 ซอยพงษ์สุวรรณ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทร. 053-216962 E-mail : siampimnana@gmail.com www.siampimnana.com

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขสุพรรณานา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการและผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตามลำดับก่อนหลังและตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสังเคราะห์ใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ ระยะเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard ขาว-ดำ 3x5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด เหมือน หรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลมากกล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก หรือการอ้างอิงท้ายข้อความในเรื่องดังนี้ ให้วงเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น

ภาษาไทย

(ธีระ รามสูต และคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Ramasoote *et al.*, 1983)

2. เอกสารอ้างอิง อ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อ นามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุลชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus ราชบัณฑิตยสถานโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมโรคติดต่ออันตราย, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนพิเศษ 42 ง. (ลงวันที่ 8 เมษายน 2546)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงให้อ้างอิงเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาต่างประเทศเรียงลำดับตามตัวอักษร

3.1 การอ้างอิงวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้แต่ง (ใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร. ปี พ.ศ.; ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์):

หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

McCombie S. Treatment seeking for malaria: A review of recent research. Soc Sci & Med 1996; 43(6):933-45.

ในกรณีที่เป็นการบทความวิชาการที่เข้าถึงโดยระบบ Online (Journal article on the Internet)

ตัวอย่าง

นารลดา ชันธิกุล, ประยุทธ์ สุดาพิทย์, อังคณา แซ่เจ็ง, รุ่งระวี ทิพย์มนตรี, วรณภา สุวรรณเกิด. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2556]; แหล่งข้อมูล : URL : <http://thailand.digitaljournal.org/index.phps>

RB, Mcdonal H. Interventions for helping patients to follow prescription for medications. Cochrane Database Syst Rev 2002.[cited 2005 may 20]; available from :URL: <http://www.mrw.interscience.wiley.com>

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 7 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 7 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม Font 16

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร. วิกฤติการณ์โรคเอดส์ในสังคมไทย. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 2533;6(2):69-81

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา: ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Fenner F, Hall AJ, Dowdle WR. What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley&Sons, 1998:13-18.

3.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์: หน้าแรก – หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลาธรรม, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลาธรรม, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร: ที พี พรินท์ จำกัด, 2536:24-26.

3.4 การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

3.5 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.

3.6 การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 2538: 545.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ขนาดของต้นฉบับ ใช้กระดาษขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 เว้น และพิมพ์โดยเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านละ 1 นิ้ว ระยะบรรทัด 1.5 - 2 บรรทัด (1.5 - 2 space) เพื่อสะดวกในการอ่านและปรับตรวจแก้ไข

4.2 ภาพประกอบ เป็นภาพสีหรือขาวดำ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากได้ภาพ

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หรือส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E mail address: lannadpc10@gmail.com เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง File ผลงานวิชาการที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้ง Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำบันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยใช้ Font: AngsanaUPC ขนาด 16 ให้กองบรรณาธิการภายในวันที่กำหนด

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 ให้ผู้เขียนบทความเสนอชื่อ Peer Review จำนวน 3 - 5 ท่าน พร้อมระบุชื่อ - สกุล, ตำแหน่ง, สถานที่ทำงาน, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail

5.3 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนสำหรับเรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนสามารถ Download เอกสารได้ที่ Website : <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/LPHJ>

សារប័ណ្ណ

- 173** การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน
Development of Clinical Practice Guidelines for Pressure Sore Prevention Among Male Patient Surgical Ward, Lamphun Hospital
นางสังวาลย์ ธนะแก้ว
นางศศิธร พิชัยพงศ์

183 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน
Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing Ventilator Associated Pneumonia in Intensive Care Unit, Lamphun Hospital.
อัลจนา ไชยวงศ์ Auljana Chaiyawong
มาลีวรรณ เกษตรทัต Maleewan Kasettath
อุษณีย์ นากุ Ausanee Naku
สุรสิทธิ์ จีสันติ Surasit Jesanti

194 การศึกษานำร่องเพื่อหาความชุกของภาวะกระดูกพรุนในประชากรเขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ปี 2557
Prevalence of osteoporosis in Amphur Kumphawapi, Udonthani province in 2014, a pilot study
มงคล ดวงหาค้าง Mongkon Duanghaklang

206 การสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในภาคเหนือตอนบน ปี 2556
Perception of Thai upper-northern in Health information and knowledge : fiscal year 2013
สวาท ชลพล Sawart Scholaphol
สภาวุดิ บุญก่อน Sapawoot Boonkorn
รพีพร เพียรไพรงาม Rapeeporn Pienpringam
ชุตินญา ไชยมนี Chutiya Chaimanee
กรเกษ ศรีวิลัย Korraket Sriwilai

221 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
Key success factors to solve litigation problems of health product of food and cosmetic in Chiang Mai Provincial Public Health Office
อิสรา นานาวิชิต Isra Nanavichit

229 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Factors affected to Birth Asphyxia in Nakornping Hospital, Chiang Mai Province
นงเยาว์ สุวรรณกันทา Nongyao Suwankanta

สารบัญ (ต่อ)

- 237 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน
ภณิดา คำธิตา Phanida Khamthita
- 251 ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
ของบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
The result of using the health-adjusting behavior program for pre - hypertension in
Sawanpracharak hospital personnel
นงนุช จันทรศรี พย.บ. Nongnuch Junsri B.N.S
- 260 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร
Model Development for teenage pregnancy prevention
ปัทมา ผ่องสมบุญ Pattama Pongsomboon
โสภิต จำปาศักดิ์ Sopit Jampasak
- 276 ประสิทธิภาพของนวัตกรรม: อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ
The Effectiveness of Innovation: Sputum Culture Collection Device
อัลจนา ไชยวงศ์ Aljana Chaiwongs
วารินทร์ มาตรา Warin Matra
แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ Sangaroon Jaiwongpab

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับใน
ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน
Development of Clinical Practice Guidelines for Pressure Sore
Prevention Among Male Patient Surgical Ward, Lamphun Hospital

นางสังวาลย์ ณะแก้ว ป.พ.ส
นางศศิธร พิชัยพงศ์ พยม.

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนนานได้แก่การเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (1998) ประเทศออสเตรเลีย ที่แปลและประยุกต์โดย ฉวีวรรณ ธงชัย (2548) มีทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 5 ท่านรวม 6 ท่าน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) แบบสอบถามความคิดเห็นความสามารถในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้สัดส่วน (proportion) และ Chi square test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติง่ายต่อการนำไปใช้เห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 แนวปฏิบัติมีข้อเสนอแนะชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานได้ และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับใช้ในกลุ่มผู้รับบริการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าสัดส่วนของการเกิดแผลกดทับน้อยกว่าก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติพบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 16.66 ของผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด หลังพัฒนาแนวปฏิบัติพบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 1.79 ของผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด ทดสอบด้วยสถิติ Chi square พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผูดูแลมีความพึงพอใจการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

Abstract

Important major complication in bedridden is pressure sore that can be prevented. This research study aimed to develop clinical practice guideline pressure sore prevention among risk patients in Male surgical ward, Lamphun Hospital. The National Health and Medical Research Counsel (1998) translated by Chaweewan Thongchai (2005) was used as a conceptual framework. Development team included 1 doctor 5 nurses total 6 persons. Data was collected by 1) the possibility of using the practice guideline form, 2) the ability to follow the practice guideline form. Test for possibility to use the practice guideline was done as criteria indicated. Data was analyzed using descriptive statistics and proportion, and Chi Square test.

The results of this research revealed that about 80% of the sample agreed that the practice guideline was easy at a high level. About 90% of the sample rated the clarity of recommendations in using the practice guideline, the possibility to use the practice guideline for pressure sore prevention, the effectiveness of practice guideline in their wards, and satisfaction in using the practice guideline at a high level. Implementation of the practice guideline among the patients selected as criteria indicated, at a high level. The proportion of pressure sore occurred after implementation of the practice guideline was 1.79 % compared to the pressure sore occurred before the implementation which was 16.66 %. The pressure sore incidence was statistically significantly difference between before and after the implementation of the practice guideline by Chi Square test ($p < 0.01$). About 100% of the sample satisfied with the patient advocacy and ethics as well as the pressure sore care at a high level.

Key word: Clinical Practice Guideline, pressure sore prevention

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องนอนนานหรือกลุ่มติดเตียงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ การเกิดแผลกดทับ (ยวดี เกตุสัมพันธ์, 2555) การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่หลักที่ต้องมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยกลุ่มที่นอนนานได้แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทได้รับบาดเจ็บที่สมองได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลัง และมะเร็งหรือเนื้องอกสมอง (Heisler, 2009) ส่งผลให้นอนนานหรือมีการเคลื่อนไหวลดลงส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ลดลง

ทำให้ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ลงไปเกิดการบาดเจ็บเฉพาะที่ โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก เกิดจากแรงกด หรือ แรงกดร่วมกับแรงไถล และแรงเสียดทาน (NPUAP, 2009) อีกทั้งยังร่วมกับการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายที่ก่อให้เกิดความเปียกชื้นต่อผิวหนังทำให้ผิวหนังสูญเสียความตึงตัว และภาวะอื่นๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานที่ของร่างกาย โดยเฉพาะผิวหนังเสียไป (Efraim, 2010)

ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง 4 มิติคือทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านจิตใจจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

ที่มีต่อแผลคือ รู้สึกกลัว รังเกียจ กังวลกับกลิ่นและแผลที่ติดอยู่กับตนเอง ทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจ ไม่สุขสบาย รู้สึกอับอาย และความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Baharestani, 2008) การสูญเสียภาพลักษณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิมก่อให้เกิดพฤติกรรมการแยกตัว ไม่อยากพบปะผู้คน และรู้สึกเป็นภาระ ทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตัวเองลดลง อีกทั้งการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจคือเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปอดอักเสบ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น นอกจากนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่นการรับภาระในการดูแล การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มเติมเช่นที่นอนลม ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและเหนื่อยล้าได้ ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวตามมาได้ ผลกระทบต่อองค์กรพบว่า จากสถิติการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำพูน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2551 – 2555 มีแนวโน้มสูงขึ้น เสียชีวิตจากการติดเชื้อที่แผลกดทับเฉลี่ยปีละ 1 ราย อีกทั้งส่งผลกระทบต่อวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากสถิติวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับในระดับ 3-4 มีวันนอนเฉลี่ยที่ 29 วัน และวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.7 เท่า ของผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผลกดทับ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.25 เท่า (ศศิธร พิชัยพงศ์, 2557) จากรายงานของ Agency for Health care research and quality (2006) ก็พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดแผลกดทับต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มถึง 37,800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเกิดแผลกดทับ ส่งผลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมรอบข้างและโรงพยาบาลที่ต้องรับภาระการรักษาที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนให้บริการรักษาผู้ป่วยชายอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีกลุ่มโรคที่สำคัญคือ บาดเจ็บสมอง ไขสันหลังอักเสบ ไขสันหลังอักเสบอาหารทะเล ผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหลังผ่าตัดสมอง(แบบประเมนตนเอง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายปี

2556) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ดูแลนี้ มีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและนอนนาน การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการดูแล ซึ่งกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลลำพูนเล็งเห็นความสำคัญ ได้มีนโยบายการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและได้มีการนำไปใช้ทั้งโรงพยาบาลมาตั้งแต่ปี 2551 แนวปฏิบัติมีการพัฒนาโดยทีม Community of practice Bed sore และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ต่อมาเมื่อปี 2555 ได้มีการรวมทีมดังกล่าวกับทีม Community of practice risk จึงทำให้ไม่ได้มีการปรับแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย ยังใช้แนวปฏิบัติเดิมจนถึงปัจจุบัน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังมีอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับโดยอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายเกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2553– 2556 คิดเป็น 10.78, 10.98, 6.5, 4.55 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลลำพูน คือ 0 ต่อพันวันนอน ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เลือดออกในสมองทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัดซึ่งมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากนั้นยังพบอุบัติการณ์เสียชีวิตด้วยสาเหตุติดเชื้อที่แผลกดทับ ซึ่งพบในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดสมองตั้งแต่ปี 2554 – 2556 จำนวน 1, 2 และ 2 รายตามลำดับ (เอกสารรายงานสถิติประจำปี ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลลำพูน, 2556)

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ภายใต้การประกันคุณภาพการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลในเรื่องการเก็บตัวชี้วัดคุณภาพโดยเฉพาะเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้มีความทันสมัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) ของสมาชิยทางแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National health and medical Research council) เนื่องจากมีหลักการและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน น่าเชื่อถือ ซึ่ง

มีการนำกรอบแนวคิดมาปรับใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาล ลำพูน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาล ลำพูน ต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental study) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการรักษานใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2557 – ตุลาคม 2557 โดยใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติของ NHMRC (1998) ประเทศออสเตรเลีย ที่แปลและประยุกต์โดย ฉวีวรรณ ธงชัย (2548) ประกอบไปด้วย

1. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้ Clinical Practice Guideline ในขั้นตอนนี้ วิเคราะห์ประเด็นปัญหาอ้างอิงจากการศึกษาของ ศศิธร พิชัยพงศ์ (2557) ที่ทำการศึกษาสถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาล ลำพูนและการประชุมร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามประเด็นปัญหาเพิ่มเติม

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก โดยคำนึงถึงกลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเข้าใจในบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal

therapy nurse) 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางกายวิภาคศาสตร์ - ศัลยกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีหน้าที่โดยตรงในการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

3. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการปฏิบัติและผลลัพธ์ โดยการกำหนดร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ มีการจัดการประชุมตามตารางการประชุม จนได้ข้อสรุปของการกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการปฏิบัติและผลลัพธ์

4. สืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้คำหลักในการ สืบค้น ดังนี้ แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ Clinical Practice Guideline, pressure sore prevention ตลอดจนสืบค้นจากตำรา วารสาร ทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ผลสรุปจากการสืบค้นพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ

5. การยกร่าง Clinical Practice Guideline โดยการจัดประชุมกลุ่มทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เสนอร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ ไปร่วมเสวนา วิเคราะห์ หาข้อสรุปของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติสังเคราะห์หัวข้อของแนวปฏิบัติ

และปรับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามข้อเสนอแนะ โดยใช้แนวคิด D (diagnosis) M (medication) E (environment and economic) T (Treatment) H (Health) O (Out patient referral) D (diet) มาเป็นกรอบในการสร้างเนื้อหาซึ่งการวางแผนการจำหน่าย (กองการพยาบาล, 2539) เป็นกรอบแนวคิดที่มีความครอบคลุม โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายประกอบไปด้วยกิจกรรมคือการสอน การสาธิตตรวจสอบผลการใช้โปรแกรมโดยการสาธิตกลับและอุบัติการณ์การเกิดแผล

กดทับ โดยทั้งนี้ ผู้ศึกษาคิดเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสาร ด้านความครบถ้วน และความพร้อมของผู้ดูแลตามแนวปฏิบัติ

6. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำแนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับไปประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II) ฉบับภาษาไทย จัดทำโดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากการประเมินมีความชัดเจนและครอบคลุม

7. การทดลองใช้ Clinical Practice Guideline เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำมาทดลองใช้โดยกำหนดระยะเวลาใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน เปรียบเทียบสัดส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือนและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรายงานการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับ โรงพยาบาล ลำพูน โดยผลลัพธ์วัดที่ เกิดหรือไม่เกิดแผลกดทับ ซึ่งก่อนการนำมาทดลองใช้มีการนัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติมารับฟังการชี้แจงรายละเอียดและเหตุผลของการปฏิบัติตามแนวทางในแต่ละข้อ ตลอดจนการเก็บอุบัติการณ์แผลกดทับ การแบ่งระดับแผลกดทับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทีมสุขภาพ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

2. แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

3. แบบสอบถามความคิดเห็นความสามารถในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

4. แบบรายงานการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับ โรงพยาบาล ลำพูน

5. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามกรอบแนวคิด

1. ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขคือบุคลากรยังขาดความมั่นใจในการประเมินระดับแผลกดทับ อาจทำให้การเก็บสถิติมีความผิดพลาด อีกทั้งการประเมินแผลกดทับผิดพลาด อาจส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ไม่ตรงตามพยาธิสภาพของโรค(ศศิธร พิชัยพงศ์, 2557) จำเป็นต้องพัฒนามาตรการเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและก่อให้เกิดแนวคิด ในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย พบว่า ด้านกระบวนการดูแลจากการศึกษาของ ศศิธร พิชัยพงศ์ (2557) พบว่าแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งยึดถือปฏิบัติมา 6 ปี ประกอบด้วย ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของ Braden ถ้ามีระดับคะแนนน้อยกว่า 16 จะปฏิบัติดังนี้ 1) พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง 2) ดูแลที่นอน ผ้าปูที่นอน ให้สะอาดแห้ง เรียบตึงอยู่เสมอ 3) ใช้ที่นอนที่ถ่ายเทอากาศ เช่นที่นอนลม ที่นอนน้ำ 4) การยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรมีผารองยก และใช้การยกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และไม่ควรใช้วิธีลากผู้ป่วย 5) ดูแลผิวหนัง 6) ดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างเหมาะสม 7)

ดูแลให้อาหารผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โรงพยาบาล ลำพูน, 2551) จากการทบทวนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ พบว่ายังขาดหัวข้อการวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้สัมฤทธิ์ผลได้ การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้มีความครอบคลุม จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้การปฏิบัติการดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก โดยคำนึงถึงกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องคือพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเข้าใจในบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal therapy nurse) 1 ท่านเนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมาเป็นเวลา 14 ปี และด้วยสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ คือการป้องกันการเกิดแผล แผลกดทับเป็นงานหลักของพยาบาลเฉพาะทางแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, 2553) พยาบาลเฉพาะทางการอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ 1 ท่านเนื่องจากเป็นประธานคณะทำงาน COP Wound care มีความเข้าใจในระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างดี และแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม 1 ท่านเนื่องจากเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมาเป็นเวลามากกว่า 20 ปี จำนวน 2 ท่านเนื่องจากมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมชายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีหน้าที่โดยตรงในการบริหารจัดการด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

3. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการปฏิบัติ และผลลัพธ์ ได้ข้อสรุปของการกำหนดวัตถุประสงค์ ว่าต้องการแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่

สามารถนำไปใช้ได้จริง ขอบเขตของการปฏิบัติมีการกำหนดในแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและผลลัพธ์คือนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้จริงและมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

4. สืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษางานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ประกอบไปด้วยงานวิจัยประเภท Systematic review จำนวน 8 เรื่อง Randomized control trial จำนวน 5 เรื่อง Recommend action จำนวน 2 เรื่องและการศึกษา Evidence base practice for prevent pressure ulcer ของสถาบันต่าง ๆ จำนวน 6 สถาบัน คือ Ministry of Health (2001), Royal collage of Nursing (2001), The National Pressure Ulcer Advisory Panel:NPUAP. (2009), The Joanna Briggs Institute:JBI. (2008). Registered Nurses' Association of Ontario:RNAO (2011), WOCN (2014)

5. การยกร่าง Clinical Practice Guideline ผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติสังเคราะห์หัวข้อของแนวปฏิบัติและปรับปรุงโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามข้อเสนอแนะ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายประกอบไปด้วยกิจกรรมคือการสอน การสาธิต ตรวจสอบผลการใช้โปรแกรมโดยการสาธิต แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน พิจารณาจัดหมวดหมู่ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนการจำหน่าย 3) การให้ความรู้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ 4) การพัฒนาคุณภาพการบริการ แนวปฏิบัติประกอบด้วย 6 หัวข้อดังนี้ 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินบราเดน สเกลล์ การพิจารณาปัจจัยกระตุ้นภายในและปัจจัยกระตุ้นภายนอก 2) การใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด หมายถึงอุปกรณ์ที่ลดแรงที่กระทำบนเนื้อเยื่อที่มีความเสี่ยงต่อการกดทับได้แก่บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ 3) การจัดท่านอนที่ถูกต้องในการป้องกันการเกิดแผลกดทับหมายถึง การจัดท่านอนที่

ลดแรงกดและแรงไถล 4) การดูแลผิวหนังของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหมายถึงการดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้นอย่างเหมาะสม ไม่แห้งหรือเปียกชื้นเกินไป 5) การส่งเสริมด้านโภชนาการในการป้องกันการเกิดแผลกดทับหมายถึงการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ 6) การให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับหมายถึงการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านในการป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ

6. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II) ฉบับภาษาไทย จัดทำโดยสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ร้อยละ 73

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติ ของกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

ลักษณะแนวปฏิบัติ	จำนวนคน (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ความง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ	0	2 (20.00)	8 (80.00)
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะ ในการใช้แนว ปฏิบัติ	0	1 (10.00)	9 (90.00)
3. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	0	1 (10.00)	9 (90.00)
4. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานได้	0	1 (10.00)	9 (90.00)
5. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	0	1 (10.00)	9(90.00)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายในการใช้ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20 ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะ ในการใช้แนว ปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 และเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผล

7. การทดลองใช้ Clinical Practice Guideline กำหนดระยะเวลาใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน เปรียบเทียบสัดส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือนและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรายงานการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับ โดยผลลัพธ์วัดแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90 มี อายุเฉลี่ย 35 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1- 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40 พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลแผลกดทับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

กดทับในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90 ด้านประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานได้กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 มีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 พึงพอใจในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 10

ส่วนที่ 3 สัดส่วนการเกิดผลกดทับก่อนและหลัง การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดผลกดทับ ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

การเกิดผลกดทับ	ก่อนพัฒนา (n=54)	หลังพัฒนา (n=56)	P value
เกิดผลกดทับ	9 (16.66)	1 (1.79)	0.000
ไม่เกิดผลกดทับ	45 (83.34)	55 (98.21)	

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 3 เดือนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ 3 เดือน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi square สัดส่วนการเกิดผลกดทับก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติมีความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สัดส่วนการเกิดผลกดทับหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติน้อยกว่าก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติพบ 9 รายในจำนวนผู้ป่วย 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.66 ของจำนวน

ผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด และหลังพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการเกิดผลกดทับ พบว่าเกิดผลกดทับจำนวน 1 ราย ในจำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.79

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (n=56)

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1.การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม	0	0	56(100.00)
2.การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ	0	0	56(100.00)

จากตารางความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ในหัวข้อ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ความพึงพอใจในหัวข้อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับ พบว่ามีคะแนน ความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 100

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูนพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 15 เรื่อง ได้หัวข้อของแนวปฏิบัติจำนวน 6 หัวข้อซึ่งจากการยกเว้นแนวปฏิบัติได้พิจารณาปรับในส่วนของรายละเอียดการ

ดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พิจารณาจัดหมวดหมู่ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนการจำหน่าย 3) การให้ความรู้แก่บุคคลากรทีมสุขภาพ 4) การพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งเมื่อได้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดผลกดทับ ต้องมีการนำไปประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ Appraisal of Guideline for Research & Evaluation version II ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติและผู้ใช้งานให้สามารถประเมินคุณภาพวิธีการของแนวทางปฏิบัติ

เป็นหลัก (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับไปใช้การวิเคราะห์แบ่งเป็นด้านพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายในการใช้ ข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติมีความชัดเจน แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและมีประสิทธิภาพในการใช้แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานได้ ทั้งนี้ในแนวปฏิบัติยังมีนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทำให้สะดวกต่อการปฏิบัติจึง มีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติทางคลินิก และแนวปฏิบัติมีการเพิ่มในส่วนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Empowerment) ผู้ดูแล จากการศึกษาของรุ่งนภา เขียวขุ่ม อรพรรณ โตสิงห์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์ (2554) ศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะพบว่า การเสริมพลังอำนาจ ทำครอบครัวมีความมั่นใจว่า ตนมีความสามารถในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลจึงเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ การวางแผนการจำหน่ายมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการ

ดูแล ผู้รับบริการได้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 100

ในการศึกษาค้นคว้าบุคลากรพยาบาลทุกคนเห็นมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติและเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย และสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้จริงเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนการเกิดแผลกดทับกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติในระยะเวลาที่ศึกษาเท่ากันคือ 3 เดือน

สรุปผล

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้แนวปฏิบัติทั้งหมด 6 หัวข้อ พยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติเห็นด้วยว่าสามารถนำมาใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพใน การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้รับบริการก็มีความพึงพอใจในการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำงานวิจัยนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้กำลังใจในการปฏิบัติและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. แนวทางการวางแผนจากหน่วยผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : 2539
- คณะกรรมการคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน. เอกสารควบคุมเรื่องการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2551
- ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติ.วารสารสภาพพยาบาล; 2548 (สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2556); แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.tci-thaijo.org>.
- รุ่งนภา เขียวขำ อรพรรณ โตสิงห์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ:2554 (สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2556); แหล่งข้อมูล:URL:[http://www.ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol29/issue1/ Rungnapha.pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol29/issue1/Rungnapha.pdf)
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล:2556 (สืบค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2556); แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.wagreetrust.org/>.
- ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์ และคณะ. ความชุกแผลกดทับ. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่: 2555
- ศศิธร พิชัยพงศ์. วิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุนอนเตียงสมอที่ได้รับการผ่าตัด ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมขา โรงพยาบาล ลำพูน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 2557
- ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์.การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้เพื่อลดและป้องกันการเกิด แผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง:2553 (สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2556); แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/km/cops/knowledge/>.
- Agency for Health care research and quality. Healthcare cost and utilization project: 2006 (cited 2013 March 02); Available from: URL: <http://www.surgery.about.com>.
- Ayello. Predicting pressure ulcer risk: 2012. (cited 2013 March 02); Available from: URL <http://www.consultgerirn.org>.
- Baharestani. Wound care essentials practice principle second Edition. London: 2008
- Jaul and Efrain. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: 2008 (cited 2013 May 11); Available from: URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Jennifer Heisler. Definition of Neurosurgery: 2009 (cited 2013 November 02); Available from: URL <http://www.surgery.about.com>.
- Shoemake and Kathleen. Pressure ulcer in the surgical patient:2007 (cited 2013 July 18); Available from: URL <http://www.kchealthcare.com/>
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO.Fact about pain management: 2001. (cited 2013 March 10); Available from: URL <http://www.jointcommission.org/>.
- The National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer Advisory Panel: 2009 (cited 2013 March 02); Available from: URL <http://www.npuap.org>.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันปอดอักเสบ
ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน
Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing
Ventilator Associated Pneumonia in Intensive Care Unit, Lamphun Hospital.

อัลจนา ไชยวงศ์	พย.บ.	Auljana Chaiyawong	B.N.S*
มาลีวรรณ เกษตรทัต	พย.ม.	Maleewan Kasettath	M.N.S.
อุษณีย์ นากู	พย.บ.	Ausanee Naku	B.N.S*
สุรสิทธิ์ จีสันติ	พย.บ.	Surasit Jesanti	B.N.S*

หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูน

*Intensive care unit, Lamphun Hospital

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing Ventilator Associated Pneumonia in Intensive Care Unit, Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาลที่พบและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้อัตราการตายสูง และอีกทั้งโรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงต้องปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดการศึกษารังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2557 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูน และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรมได้แก่ 1) การล้างมือที่มีประสิทธิภาพก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย 2) การดูแลจัดท่าอนและพลิกตัว 3) การดูดเสมหะ 4) การให้อาหารทางสายยาง 5) การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน และ 6) การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ ซึ่งเดิมหอผู้ป่วยหนักไม่มีอ่างล้างมือในห้องผู้ป่วย ได้มีการเพิ่มอ่างล้างมือในห้องผู้ป่วย และรณรงค์การล้างมืออย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนสายดูดเสมหะแบบใช้ซ้ำมาเป็นแบบใช้แล้วทิ้ง และปรับแนวทางการทำความสะอาดในช่องปากจากการใช้แปรงสีฟันมาเป็นน้ำยา 0.12% chlorhexidine นอกจากนี้มีการปรับเปลี่ยนเวลาในการเปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจจากเดิมใช้ 1 ชุดต่อคนเปลี่ยนเป็นทุก 7 วัน หรือมีการปนเปื้อน มีการให้อาหารจากเดิมเป็น bolus dose เปลี่ยนเป็นแบบหยด (drip feeding) ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ไปใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้นก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.04 เป็นร้อยละ 83.93 อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 6.90 ครั้ง เป็น 3.34 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างทักษะให้แก่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรได้มีแนวนโยบายสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลลำพูน

Abstract

Ventilator- Associated Pneumonia (VAP) is the most important problem in the hospital, which affected on patients to high mortality and losing the hospital budgets. The objective of this study is to develop nursing practice to the clinical nursing practice guideline for preventing VAP in intensive care units. Lamphun Hospital between June 2013 until June 2014. The researches was conducted in 3 phases: the first phase was to developed clinical nursing practice guidelines and manual preparation to prevent VAP. The second phase was published and promoted to use nursing practice guideline in Intensive Care Unit, target in 43 nurses. The third phase was evaluating nursing intervention, The results showed that: 1. The activities of clinical nursing practice guidelines to preventing VAP consists of 6 categories, such as 1) Effective hand washing before and after contact to patients. 2) Caring of the prone and roll. 3) Caring of air way suction 4) Caring of enteral feeding tube 5) To maintain cleanliness of the mouth and teeth. 6) Caring of intubation and mechanical on ventilator. After implement this develop clinical nursing practice guideline, the target nurses perform clinical nursing practice guideline for preventing VAP is greater than before, all 6 Categories statistical significance at the 0.01 level, up from 76.04 percent to 83.93 incidence of VAP after promoting to practice clinical nursing guideline decreased from 6.90 to 3.34 times per 1,000 days on a ventilator. This study showed that, the development and clinical nursing practice guideline to prevent VAP were strengthens skills to nurses and health personnel and more effectives on patients. So should promote the continuous and sustainable.

Keywords: Ventilator Associated Pneumonia, Nursing practices guidelines for prevention of VAP in Lamphun Hospital.

unna

ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้มาก ส่งผลให้อัตราการตายสูง โดยมีสาเหตุจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน(Boles *et al.*, 2007) จากการสำรวจของ The National Healthcare Safety Network (NHSN) ประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2006 – 2007พบว่าผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5,400 ราย อุบัติการณ์เกิดปอดอักเสบ 2.1 – 11 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Klevens RM *et al.*, 2007)

สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบ จะมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากปัจจัยจากผู้ป่วย สภาพแวดล้อมและบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตเกณฑ์ที่ใช้ประเมินคุณภาพอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2545) ส่วนในหออภิบาลอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราชและ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี พบอุบัติการณ์ 14 และ 10.5 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน (Danchaivijitr.*et al.*,2005;Kulvatunyou *et al.*, 2007) ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี ปี พ.ศ. 2549 –2551 พบอุบัติการณ์ 24.3, 15.8, และ 27.2 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ (ภานุอดกลั่น และคณะ, 2552) ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลชัยภูมิ พบอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงเหลือ 5.69 ต่อ 1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วงเดือน ฤาชา, 2553) สำหรับโรงพยาบาลสุรินทร์ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังปรับเปลี่ยนแบบพบว่า ลดลงจากเดิม 1.96 : 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (พรเพ็ญ ทุนเทพย์ และคณะ, 2554) และในโรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วยการปราศจากเชื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ การจัดท่านอน การดูแลให้ได้รับอาหาร

ทางสายให้อาหารและการดูแลท่อทางเดินหายใจผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่าสัดส่วนการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 92.2 ($p = 0.01$) และอุบัติการณ์การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 4.07 เป็น 3.11/1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ($p=0.01$) ความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 90.1 (สายตา จังหวัดกลาง, 2556) และที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 19.80 ครั้ง ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็น 11.11 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีอุบัติการณ์ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วันดี ศรีเรืองรัตน์, 2556)

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิระดับต้นรับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นจำนวนมากซึ่งมีความจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ผ่านมามีการประกาศใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดด้วยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลลำพูน ปี พ.ศ. 2550 แต่ยังไม่พบอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจค่อนข้างสูง มีการเทียบเคียงตัวชี้วัดกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโครงการ THIP II จากโรงพยาบาลจำนวน 31 แห่ง SIR 3.37 ครั้งต่อพันวันใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าพยาบาลยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และปฏิบัติไม่สม่ำเสมอในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือก่อนและหลังให้ปฏิบัติการการพยาบาลเพราะความเร่งรีบในการทำหัตถการ หรือเพราะคิดว่ามือสะอาดอุปกรณ์อื่นๆ ไม่มีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ทันสมัยและไม่ครอบคลุมที่จะทำให้การป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเช่น การล้างมือของบุคลากร เทคนิคการดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาด

ปากและฟัน การเปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หาแนวทางส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลลำพูน และศึกษาปฏิบัติการการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อประเมินผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ในกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นอย่างไร
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่พัฒนาขึ้นจะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ในผู้ป่วยได้หรือไม่
3. บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้มากขึ้นกว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเดิมที่ผ่านมาหรือไม่
4. กลยุทธ์ที่จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นอย่างไร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental

Research) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพของประเทศไทย (National Health Service, 2006) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) การกำหนดขอบเขตปัญหาและวัตถุประสงค์ 2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) ทบทวนหลักฐานดำเนินงาน 4) มุ่งเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 5) ติดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 6) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7) การทดลองใช้แนวปฏิบัติจริง 8) การประเมินผลการปฏิบัติของผู้ที่นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก รพ.ลำพูนกลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาลวิชาชีพ 43 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายนพ.ศ. 2556 ถึงเดือน มิถุนายนพ.ศ. 2557 มีการดำเนินการเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1) กำหนดประเด็นของขอบเขตปัญหา โดยมุ่งศึกษาการเกิดปอดอักเสบจากการช่วยหายใจและศึกษางานวิจัย 2) กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4) ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 1.00

ระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอีกทั้งมีคู่มือประกอบการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม เนื้อหาสาระสอดคล้องกับบริบทของห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ด้วยกลยุทธ์ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล การจัดประชุม การนิเทศ การอภิปราย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต ที่ถูกต้อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

แบบข้อมูลผู้ป่วย แบบเก็บข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) เป็นการศึกษาจากผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่าภายใน 1 ปี พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 100 การอบรมเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 46.51 และอ่านวารสารหรือตำราคิดเป็นร้อยละ 16.28 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก (ปี)		
1 – 5	20	46.51
6 – 10	12	27.91
>11	11	25.58
$\bar{x}$ = 4.88		
การได้รับความรู้/อบรมเรื่องการป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ		
เคยได้รับความรู้/การอบรม	42	97.67
ไม่เคยได้รับความรู้/การอบรม	1	2.33
แหล่งความรู้ที่ได้รับ		
การอบรมจากงานควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล	20	46.51
แลกเปลี่ยนประสบการณ์/การประชุมปรึกษาหารือจากหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก	43	100
การอ่านวารสารหรือตำรา	7	16.28

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 76 ราย และกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นจำนวน 76 ราย โดยเปรียบเทียบคุณสมบัติต่างๆ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่

เป็นเพศชาย โดยกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 56.57 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.83 ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (APACHE II Score) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.63 และได้รับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 9.21 และผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 3.95 กลุ่มภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.16 มีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 39.47 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.16 ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

(APACHE II Score) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.58 ได้
รับการผ่าตัดสมอง ร้อยละ 9.21 กลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม
มีภาวะขาดสารอาหารอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 38.16
และร้อยละ 36.84 ตามลำดับ ส่วนการวินิจฉัยโรคโดยได้
แบ่งเป็นโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 17.11 (ก่อน) และร้อยละ

18.43 (หลัง) ตามลำดับ โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาทดสอบหาความแตกต่างโดยการ
ใช้สถิติไคสแควร์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วย
ได้รับ (N= 152)

ข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	ก่อนการส่งเสริม การใช้แนวปฏิบัติ (N=76)		หลังการส่งเสริม การใช้แนวปฏิบัติ (N=76)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ (Sex)					0.26
ชาย	46	60.50	48	63.16	
หญิง	30	39.50	28	36.84	
อายุ (Age)					0.68
15 – 39	8	10.53	6	7.90	
40 – 60	16	21.05	28	36.84	
61 – 75	9	11.85	12	15.79	
>75	43	56.57	30	39.47	
โรคประจำตัว					1.72
ไม่มี	28	36.85	29	38.16	
มี	48	63.15	47	61.84	
ระดับความรุนแรงของโรค(APACHE II Score)					0.68
0 – 10	0	0	0	0	
11 – 20	36	47.37	33	43.42	
>20	40	52.63	43	56.58	
ภาวะโภชนาการ(ระดับอัลบูมิน)					1.66
<2.5	13	17.11	14	18.43	
2.5 – 3	23	30.26	23	30.26	
3 – 3.5	29	38.16	28	36.84	
>3.5	11	14.47	11	14.47	
ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ					5.07
1 – 3 วัน	10	13.16	10	13.16	
>3 วัน	66	86.84	66	86.84	

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบ (จากการ/ในผู้ป่วยที่) ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (N= 152)

ข้อมูลทั่วไปและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (N=76)		หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ (N=76)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การได้รับอาหาร					3.37
ทางจมูก	56	73.68	57	75	
หลอดเลือดดำ	20	26.32	19	25	
การใช้สายดูดเสมหะ					
ระบบปิด	5	6.58	6	7.89	
ระบบเปิด	71	93.42	70	92.11	
การเปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจ					2.68
เมื่อผู้ป่วยรับใหม่	76	100	76	100	
เปลี่ยนทุก 14 วัน	0	0	0	0	
การใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร					3.96
ได้รับ	49	64.47	49	64.47	
ไม่ได้รับ	27	25.53	27	25.53	
การได้รับยาสเตียรอยด์					
ได้รับ	28	36.84	28	36.84	
ไม่ได้รับ	48	63.16	4	63.16	

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่า 3 วัน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก ได้รับอาหารทางจมูก ใช้สายดูดเสมหะระบบเปิด ได้รับยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาสเตียรอยด์ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาระงับปวด ส่วนยาปฏิชีวนะไม่ได้รับ ผู้วิจัยนำข้อมูลด้านการรักษาทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติ ระหว่างกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้สถิติ ไคสแควร์พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การล้างมือที่มีประสิทธิภาพก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย 2) การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตัว 3) การดูดเสมหะ 4) การให้อาหารทางสายยาง 5) การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน 6) การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ

ส่วนที่ 4 การประเมินระดับการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ก่อนและภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนและภายหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	การปฏิบัติตามหลักการที่ถูกต้อง				χ^2
	ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ		หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ	161/269	59.85	204/269	75.83	6.11
2. การดูแลจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว	216/269	80.30	223/269	82.90	3.38
3. การดูดเสมหะ	181/251	72.11	198/248	79.84	16.05
- ระบบปิด	15/18	83.33	18/21	85.71	
- ระบบเปิด	181/251	72.11	198/248	79.84	
เฉลี่ย		72.86		80.29	
4. การให้อาหารทางสายยาง					9.05
- ทางจมูก	96/125	78.80	102/125	80.60	
- ทางหลอดเลือด	35/44	79.55	35/44	79.55	
เฉลี่ย	-	78.18	-	80.58	
5. การดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน	53/66	80.30	68/74	91.89	13.52
- การใช้ชุดทำความสะอาดช่องปาก	78/78	100.00	70/70	100.00	
- การแปรงฟัน	-	90.15	-	95.95	
6. การดูแลท่อช่วยหายใจและการดูแลอุปกรณ์					4.30
ช่วยหายใจ	211/269	78.44	222/269	82.53	30
- การตรวจน้ำในเครื่องช่วยหายใจ	144/144	100.00	144/144	100.00	
- การประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจ	72/144	50.00	122/144	77.78	
- การวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ	21/24	87.50	24/24	100.00	
- การเปลี่ยนฟลัสเตอร์ที่ยึดท่อช่วยหายใจ	24/24	100.00	24/24	100.00	
- การทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยหายใจเฉลี่ย	-	85.30	-	93.39	
รวมทั้งหมด	1330/1749	76.04	1468/1749	83.93	

หมายเหตุ ตัวตั้งหมายถึงจำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง ตัวหาร หมายถึงจำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตทั้งหมด

** p<.01

นอกจากนั้นการปฏิบัติทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ได้พบว่าภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน พยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การจัดทำ

นอนและการพลิกตัว ร้อยละ 82.90 การดูดเสมหะ ร้อยละ 80.29 การให้อาหารทางสายยางร้อยละ 80.58 นอกจากนั้นการดูแลความสะอาดภายในช่องปากและฟัน อีกทั้งการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.95 และ 93.39 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริม

เสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน

ข้อมูลอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ก่อนดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 76 ราย พบผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 ราย มีจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 435 วัน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 6.90 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติความเชื่อมั่น (95% CI) เท่ากับ 6.16 – 68.61

ทางการพยาบาลจำนวน 76 ราย พบผู้ป่วยที่ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ราย มีจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 299 วัน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 3.34 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ดังนั้นภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบลดลงโดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR)=2.0 หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น 2 เท่า ของผู้ป่วยภายหลังส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับช่วงแห่ง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (N กลุ่มละ 76)

จำนวนผู้ป่วย	จำนวนวันรวมของการใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	จำนวนผู้ป่วยเกิด VAP	อุบัติการณ์ของ VAP (ครั้ง/1,000 วันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ)	ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR)	95% CI	P
ก่อน	76	435	3	6.90	2 6.16 – 68.61	0.05
หลัง	76	299	1	3.34		

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การปฏิบัติที่ถูกต้องของพยาบาลในช่วงหลังการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน สูงกว่าก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในทุกหมวดกิจกรรม โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.04 เป็นร้อยละ 83.93 ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ได้ว่า พยาบาลมีการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ถูกต้องในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ในระดับมาก ส่วนผลการปฏิบัติในหมวดกิจกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องระดับมากที่สุด ได้แก่ การดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ การดูแลความ

สะอาดภายในช่องปากและฟัน ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 93.93 และ 95.95 ตามลำดับ ส่วนผลการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นระดับมาก ได้แก่ การดูแลเสมหะ การให้อาหารทางสายยางการดูแลจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว คิดเป็นร้อยละ 80.92, 80.58 และ 82.90 ตามลำดับ

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการล้างมือเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 59.85 เป็นร้อยละ 75.83 กิจกรรมในหมวดการดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ ได้แก่ การวัดแรงดันกะเปาะท่อช่วยหายใจ ภายหลังจากการส่งเสริมการปฏิบัติ

ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ
ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพยาบาลวิชาชีพวัดแรงดัน
ในกะเปาะท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เพิ่มเป็น
ร้อยละ 77.78

อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
ในผู้ป่วยก่อนและภายหลังส่งเสริมการปฏิบัติตามแนว
ปฏิบัติในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย
หายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน พบอัตราการ
เกิดปอดอักเสบ 3.34 ครั้งต่อ 1,000 วันของการใช้เครื่อง
ช่วยหายใจ พบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่อง
ช่วยหายใจลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($RR = 2.0$;
 $95\% CI = 6.16 - 68.61$) อธิบายได้ว่า แม้พยาบาล
วิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน
ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้นแต่ก็ยัง
มีผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1
ราย น่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเกิดปอดอักเสบจากการ
ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอายุมากกว่า 70 ปี ระดับความ
รุนแรงของการเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะพร่องอัลบูมิน การ
ได้รับการผ่าตัดสมอง ส่วนการล้างมือมีประสิทธิภาพ
พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ ได้แก่การล้างมือทุกครั้ง
ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกกิจกรรมการพยาบาล การไม่
ล้างมือของพยาบาลวิชาชีพ การเร่งรีบในการใส่ท่อช่วย
หายใจของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักระหว่างใส่ท่อ
ช่วยหายใจ (CDC, 2012)

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ให้ความสำคัญ
สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้ อีกทั้ง
ทั้งมีการส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือให้ทุกคนในหน่วย
งานปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กลยุทธ์ที่
หลากหลาย จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลป้องกัน
ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การจัดปาย
นิเทศ การประชุม การสาธิต การสัมมนา การแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ สร้างความตระหนัก โดยยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลางในการพัฒนา ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วย
หายใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจาก
การใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการวิจัยของวันดี ศรีเรืองรัตน์ (2556) อัตรา
การเกิดปอดอักเสบ 11.11 ครั้งต่อ 1,000 วัน ของการ
ใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าอุบัติการณ์ปอดอักเสบลดลง
แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($RR = 2.0, 95\% CI = 0.93$
 $- 4.32$)

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังจากได้มีการส่งเสริมสนับสนุนการใช้แนว
ปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้
เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.04 เป็นร้อยละ
83.93 การล้างมือที่มีประสิทธิภาพมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.85 เป็นร้อยละ 75.83 การดูแล
จัดทำนอนและพลิกตะแคงตัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80.30
เป็นร้อยละ 82.90 การดูดเสมหะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ
72.86 เป็นร้อยละ 80.29 การให้อาหารทางสายยางเพิ่ม
ขึ้นจากร้อยละ 78.18 เป็นร้อยละ 80.58 ส่วนการดูแล
ความสะอาดภายในช่องปากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90.15
เป็นร้อยละ 95.95 การดูแลท่อช่วยหายใจและการดูแล
อุปกรณ์ช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.30 เป็นร้อย
ละ 93.39ช่วงระยะเวลาภายหลังดำเนินการส่งเสริมการ
ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันปอดอักเสบ
ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรง
พยาบาลลำพูน พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจาก
การใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 6.90 ครั้งต่อ 1,000
วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น 3.34 ครั้งต่อ 1,000 วันที่
ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีอุบัติการณ์ลดลงอย่างไม่มีนัย
สำคัญทางสถิติ ($RR = 2.0$; $95\% CI = 6.16 - 68.61$)
ข้อจำกัดในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตของทีมงานผู้วิจัย
จะส่งผลต่อความเที่ยงตรงภายในของผลการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับ
พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกัน
การเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเหมาะสม

สมในบริบทของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูนอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในบริบทของหน่วยงานอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูนที่ได้เข้าร่วมและให้การสนับสนุนส่งเสริม ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จและลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ภาณุ อดกลั่น นันทกา เหล่าอรรระ บุชบา ประสารอดิคม. (2552). *อุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี*.
- วงเดือน ภาขา. (2553). *การพัฒนาคุณภาพการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2553*.
- วันดี ศรีเรืองรัตน์. (2556). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- สายตา จังหวัดกลาง. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ*.
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2545). *ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. เชียงใหม่: มิ่งเมือง.
- Boles, J. – M., Bion, J, Connors, A, Herridge, M., Marsh, B., Melote, C., et al. (2007). Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*, 29, 1033 – 1056.
- Klevens R. M, Edwards, J. R, Richards, C. L, Horan, T. C, Gaynes, R. P, Pollock, D. A. (2007). Estimating health care associated infections and deaths in U.S.hospital. *Public Health Report*:122(2): 459 – 467

การศึกษานำร่องเพื่อหาความชุกของภาวะกระดูกพรุนในประชากร
เขตอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ปี 2557

Prevalence of osteoporosis in Amphur Kumphawapi,
Udonthani province in 2014, a pilot study

มงคล ดวงหากลาง พ.บ. ว. ออร์โธปิดิกส์

Mongkon Duanghaklang MD. Cert. in Orthopedics

โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

Kumpawapi Hospital, Udonthani province

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งภาวะกระดูกพรุนก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ทางโรงพยาบาล
กุมภวาปีตระหนักถึงปัญหานี้ จึงทำการศึกษาค้นหาความชุกของภาวะกระดูกพรุนในประชากรของอำเภอกุมภวาปี
เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับกลุ่มประชากร

ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกนอกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ใน
ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2557 ที่มีความสนใจในการตรวจวัดมวลกระดูกที่มีอายุตั้งแต่
20 ปีขึ้นไปกรอกแบบฟอร์มเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ และทำการตรวจวัดมวลกระดูกโดยใช้เครื่อง DXA วัดที่กระดูก
ปลายแขนซึ่งค่าที่ได้จะแสดงผลในทันที การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรต่างๆ

ผลการวิจัย พบว่า

ประชากรตัวอย่างทั้งหมด มี 145 คน แบ่งเป็นชาย 35 คน หญิง 110 คน อายุตั้งแต่ 20-84 ปี โดยมีค่า
เฉลี่ย (Mean) อายุที่ 52.72 ปี โดยฐานนิยม (Mode) จะมีอายุที่ 56 ปี มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 53 ปี และ
มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 13.95 ปี ความชุกของกระดูกบางพบมากที่สุดที่ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.24 ความ
ชุกของกระดูกพรุนพบมากที่สุดช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8.28 และในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70-79 ปีขึ้นไปจะพบความ
ชุกของกระดูกพรุนรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 4.14 ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงเองนั้น พบความชุกกระดูก
บางมากสุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.27 ความชุกกระดูกพรุนพบมากในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.27
กระดูกพรุนรุนแรงพบมากช่วงอายุ 70-79 ปี ความชุกร้อยละ 5.45 ในกลุ่มประชากรชายก็มีลักษณะคล้ายคลึง
กันกับเพศหญิง โดยพบกระดูกบางมากที่สุด ร้อยละ 17.14 กระดูกพรุนร้อยละ 11.43 กระดูกพรุนรุนแรงร้อยละ 2.86

การที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ความชุกของภาวะกระดูกบางและ กระดูกพรุนนั้น
มีความชุกที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาในประชากรตัวอย่างของอำเภอกุมภวาปีเองก็ให้ข้อมูลไปในทางเดียวกันกับ
ประชากรทั้งประเทศ แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง จำนวนประชากรที่ศึกษาน้อย อีกทั้งการ
วัดมวลกระดูกครั้งนี้ใช้การตรวจวัดจากกระดูกปลายแขนซึ่งอาจให้ข้อมูลได้ไม่ถูกต้องมากเมื่อเทียบกับการตรวจ
วัดที่กระดูกสันหลังส่วนเอว หรือ กระดูกคอสะโพก ซึ่งถือว่าเป็นวิธีตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน จากข้อมูลนี้จะ
นำไปประกอบการวางแผนจัดการการบริการ (service plan) ในผู้ป่วยกลุ่มสูงวัย และจะเป็นข้อมูลเพื่อการวิจัย
ในอนาคต รวมถึงนำไปเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงวัยใน
ประชากรอำเภอ กุมภวาปีแบบองค์รวมอีกด้วย

คำสำคัญ : ความชุกของภาวะกระดูกพรุน โรงพยาบาลกุมภวาปี

Abstract

Increasing number of elderly, means more degenerative disease is found in this population, including osteoporosis, which can cause many subsequent health problem. this study was done to find the prevalence of osteoporosis in order to improve service policy.

A cross sectional descriptive study design in Out-patient over 20 years in age registered and recorded in history of health status in a work sheet, then were measured bone mineral density by DXA method on their forearm The result was reported and data was analyzed using percentage, mean, standard deviation of variables

One hundred and forty five participants (male 35 and female 110) between 20-28 years old were enrolled in this study. The mean of age was 52.72 years, mode age was 56 years and the median of age was 53 years. The standard deviation of age was 13.95. The most prevalenctt osteopenia was found in age group 50-59 years (17.24%), and the most prevalenctt of osteoporosis was found in age group 60-69 year (8.28%). Severe osteoporosis was found in 70-79 year age group (4.14%). In female, the most prevalent osteopenia was found in 50-59 year age group (17.27%), the most prevalent of osteoporosis was found in 60-69 year age group (7.27%) and the most severe osteoporosis was found in 70-79 year age group was 5.45%. In males, the age groups of each categories were same as female. The numbers of most prevalent of osteopenia, osteoporosis and severe osteoporosis were 17.14%, 11.43% and 2.86% respectively

Increasing number of older people leads to cases of osteopenia and osteoporosis in the whole country and also in Amphur Kumpawapi, Udonthani province. The limitation of this study was the sample size not representing the whole population of Kumpawapi, only a pilot study, and the BMD measuring from forearm was not yet exactly accurate data compared with using standard one that measure from axial bone such as lumbar spine or femoral neck bone, However, it can be used as a guideline for, the health service planning programn to provide Kumpawapi's people in the future and giving knowledge to local health provider in caring of old patients holistically.

Key word : Prevalence of osteoporosis, kumpawapi hospital

บทนำ

เนื่องจากความเจริญทางการแพทย์ที่พัฒนามากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ปัจจุบันประชากรเริ่มมีอายุยืนมากขึ้นๆ และสิ่งที่ตามมาคือโรคเรื้อรังต่าง ๆ จะพบมากขึ้นรวมทั้งโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นโรคที่พบในประชากรกลุ่มนี้เป็นส่วนใหญ่

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าความชุกของโรคกระดูกพรุนทั่วโลกในผู้หญิงเท่ากับร้อยละ 4 ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และเพิ่มขึ้นร้อยละ 8, 25 และ 48 ในกลุ่มอายุ 60-69, 70-79 และมากกว่า 80 ปี ตามลำดับ (Ringgs BL *et al.*, 1986)

สำหรับประเทศไทยพบว่าในผู้หญิงอายุระหว่าง 40-80 ปี พบความชุกของกระดูกบาง ร้อยละ 27.6 ที่กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับ 1-4 และ ร้อยละ 37 ที่กระดูกคอสะโพก และพบความชุกของโรคกระดูกพรุน ร้อยละ 19.8 ที่กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับ 1-4 และ ร้อยละ 13.6 ที่กระดูกคอสะโพก และพบว่าความชุกของโรคกระดูกพรุนสูงขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปพบสูงถึง ร้อยละ 50 (Limpaphayam KK *et al.*, 2001) สำหรับผู้ชายพบความชุกของโรคกระดูกพรุนร้อยละ 12.6 ที่กระดูกคอสะโพก และ ร้อยละ 4.6 ที่กระดูกสันหลังส่วนเอวระดับที่ 2-4 และพบร้อยละ 3.9 ที่กระดูกทั้งสองตำแหน่ง โดยความชุกของโรคกระดูกพรุนเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นเดียวกับผู้หญิง (Pongchaiyakul C *et al.*, 2006) คนที่เป็นโรคกระดูกพรุนนั้นผลที่ตามมาคือกระดูกหักง่ายโดยเฉพาะจากการหกล้มธรรมดาเท่านั้น เนื่องจากการรักษากระดูกหักในคนสูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงของการผ่าตัดรักษาหรือแม้แต่ว่าะทุพลภาพหากไม่ได้ทำการผ่าตัด โดยอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักจากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่าร้อยละ 2.1 ตายระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลและอัตราการตายหลังกระดูกสะโพกหักที่ 3, 6 และ 12 เดือนเท่ากับร้อยละ 9, 12 และ 17 ตามลำดับ (Chariyalertsak S *et al.*, 2001) และพบว่าในระยะเวลายาวอัตราการตายภายหลังกระดูกสะโพกหักสูงถึงร้อยละ 45 และ 68 ที่ระยะเวลา 5 และ 10 ปีตามลำดับ (Vaseenon T *et al.*, 2010)

ดังนั้นภาวะกระดูกพรุนจึงมีความสำคัญในคนไข้สูงอายุแต่หากว่านโยบายด้านการป้องกันหรือส่งเสริมในเรื่องการดูแลสุขภาพคนไข้กลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากการรักษาโดยการให้ยามีค่าใช้จ่ายสูงและการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนเป็นการตรวจที่สิ้นเปลืองมากพอสมควรยังไม่เหมาะกับภาวะเศรษฐกิจของไทยในขณะนี้

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความภาวะกระดูกพรุนว่า “โรคกระดูกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย ซึ่งมีมวลกระดูกต่ำ ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาพของกระดูก ส่งผลให้กระดูกมีความเปราะบางและหักง่าย” (World Health Organization, 1994) โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจความหนาแน่นของกระดูก (Bone Mineral Density : BMD) ต่ำกว่า -2.5 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (T-score $\leq$ -2.5) เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมวลกระดูกในวัยสาว

การวินิจฉัยโดยการให้ Dual energy X-ray absorptiometry (DXA)

การวัดค่าความหนาแน่นของมวลกระดูกจะวัดจากกระดูกสันหลังส่วนเอว กระดูกคอสะโพก และกระดูกบริเวณแขนส่วนปลาย จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของค่าความหนาแน่นของกระดูกระหว่าง กระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว กระดูกบริเวณข้อสะโพกและกระดูกท่อนแขนส่วนปลายพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แห่งความสัมพันธ์ (r) ระหว่างกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและกระดูกข้อสะโพกประมาณ 0.7 ระหว่างกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวกับกระดูกท่อนแขนส่วนปลายประมาณ 0.6 และระหว่างกระดูกสะโพกกับกระดูกท่อนแขนส่วนปลายมีค่าประมาณ 0.5-0.6 (Soontrapa S *et al.*, 1999) ดังนั้นการวัดค่า BMD โดยใช้ DXA ของกระดูกบริเวณแขนส่วนปลายก็ให้ค่าได้ใกล้เคียงกับกระดูกสันหลังส่วนบั้นเอวและข้อสะโพก (ดังตารางที่ 1)

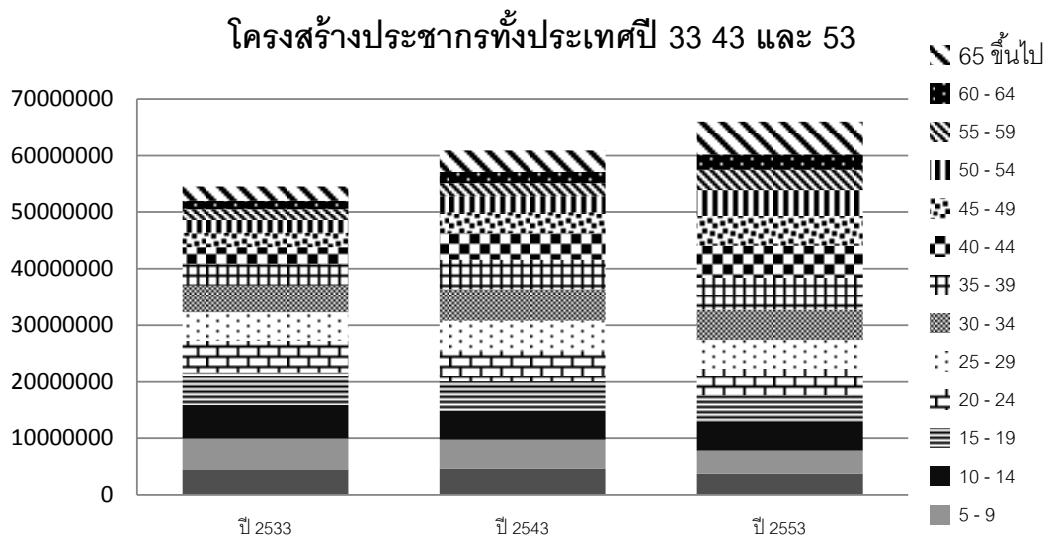
ตารางที่ 1 แสดงค่า BMD และการแปลผลตามค่า T-score

ปกติ (Normal)	T score ≥ -1
กระดูกบาง (osteopenia)	$-2.5 > \text{T score} < -1$
กระดูกพรุน (osteoporosis)	T score ≤ -2.5
กระดูกพรุนระดับรุนแรง (severe osteoporosis)	T score ≤ -2.5 ร่วมกับมีกระดูกหักจากความเปราะบาง

สำหรับโครงสร้างประชากรนั้น เมื่อมองแนวโน้มภาพรวมประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี 2533 จนถึงปี 2553 พบว่า (แผนภาพที่ 1) ในขณะที่ประชากรรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ก็ยังพบว่าเฉพาะประชากรในกลุ่มคนสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) (สำมะโนประชากรเคหะ, 2533,

2543) ก็มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ มีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ จาก ร้อยละ 4.89 ในปี 2533 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.53 ในปี 2553 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 1.95 เท่า ภายใน 20 ปี (ดังแผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างประชากรทั้งประเทศเปรียบเทียบปี 2533 2543 2553

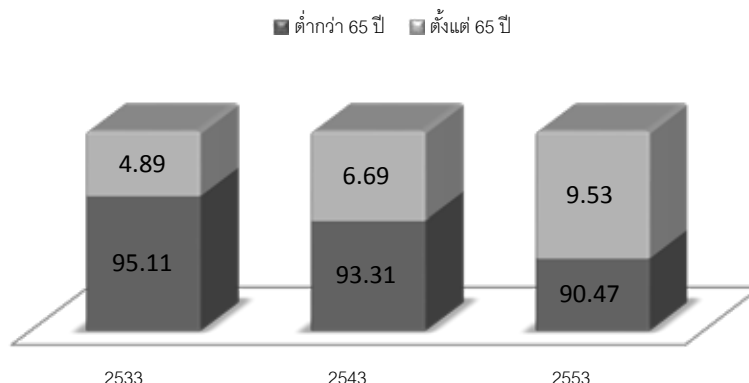


ในส่วน of ประชากรเขตอำเภอกุมภวาปี ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ณ เดือนธันวาคม 2553 มีประชากรทั้งสิ้น 125,095 คน เป็นชาย 62,281 คน เป็นหญิง 62,814 คน (สำนึกสถิติแห่งชาติ <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/districtList/S010107/th/57.htm>) จะเห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้าง

ประชากรที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นั้นนอกจากจำนวนรวมที่เพิ่มมากขึ้นแล้วหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มสูงอายุก็จะเห็นว่ามีมากขึ้นเรื่อยๆ อาจกล่าวได้ว่าอนาคตประชากรทั้งประเทศจะมีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ และที่สำคัญปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ก็จะมีมากขึ้นตามมามากด้วยเช่นกัน (ดังแผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 แสดงสัดส่วนประชากรสูงอายุ(อายุตั้งแต่ 65 ปี) ต่อประชากรรวม เปรียบเทียบปี 2533 2543 และ 2553

สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรรวมเปรียบเทียบ ปี 33 43 และ 53



ความชุกของภาวะกระดูกพรุน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเทียบกับประเทศไทย ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกัน คือ เพิ่มขึ้นตามอายุทั้ง ชายและหญิง แต่ชายมีความชุกน้อยกว่า ปัญหาที่ตามมาคือมีมากมายนกระดูกพรุนจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการกำหนดนโยบายด้านการป้องกันภาวะนี้ให้แพร่หลายมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะกระดูกบางและภาวะกระดูกพรุนในประชากรเขตอำเภอภูเมอวปี จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อสร้างความตระหนักรู้ของประชากรในเขตอำเภอภูเมอวปี จังหวัดอุดรธานี เกี่ยวกับความสำคัญของภาวะกระดูกพรุน
3. เพื่อนำข้อมูลไปกำหนดนโยบายสุขภาพของกลุ่มคนสูงอายุในเขตอำเภอภูเมอวปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

Cross-sectional descriptive study ทำในประชากรอายุ 20-84 ปี จำนวน 145 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปโรงพยาบาลภูเมอวปี และมี

ความสนใจที่จะรับการตรวจมวลกระดูกเพิ่มเติม โดยใช้เครื่องตรวจ DXA วัดที่กระดูกปลายแขน

1. แผนงานวิจัยและวิธีการ

1.1 Cross - sectional descriptive study

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ทำการศึกษาในกลุ่มคนไข้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 145 คน

2.2 เป็นคนไข้ที่มาตรวจทั่วไปและมีความสนใจที่จะรับการตรวจมวลกระดูกเพิ่มเติม

2.3 เป็นคนไข้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2.4 ระยะเวลาศึกษา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2557 ถึง 31 ตุลาคม 2557

3. ขั้นตอนการวิจัย

3.1 คนไข้ที่จะเข้าร่วมการตรวจความหนาแน่นมวลกระดูกกรอกแบบฟอร์มแสดงข้อมูลส่วนตัวรวมถึงข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต้องนำมาหาค่าสถิติ

3.2 ตรวจวัดค่าความหนาแน่นมวลกระดูกของท่อนแขนส่วนปลายโดยใช้วิธี Dual energy X-ray absorptometry (DXA)

3.3 แปลผลการตรวจ ณ ขณะนั้น โดยแสดงค่าเป็น

3.3.1 ค่าปกติ

3.3.2 กระดูกบาง

3.3.3 กระดูกพรุน

3.3.4 กระดูกพรุนรุนแรง

4. ค่าแต่ละกลุ่มจะแสดงแทนด้วยกระดาษสี

4.1 ค่าปกติ กระดาษสี เขียว พร้อมข้อความระบุว่า ปกติ

4.2 กระดูกบาง แสดงด้วยสี เหลือง พร้อมข้อความระบุ และข้อปฏิบัติตัว

4.3 กระดูกพรุน และกระดูกพรุนรุนแรง แสดงด้วยกระดาษสีแดง พร้อมนัดพบแพทย์หรือโรคพิเศษเพื่อทำการรักษาต่อไป

5. ในคนไข้กลุ่มที่ต้องได้รับการตรวจรักษาจะได้รับการรักษาและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดกระดูกหักและรวมถึงแนะนำผู้ดูแลให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้มในคนไข้ที่สูงวัย

6. นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสถิติเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ

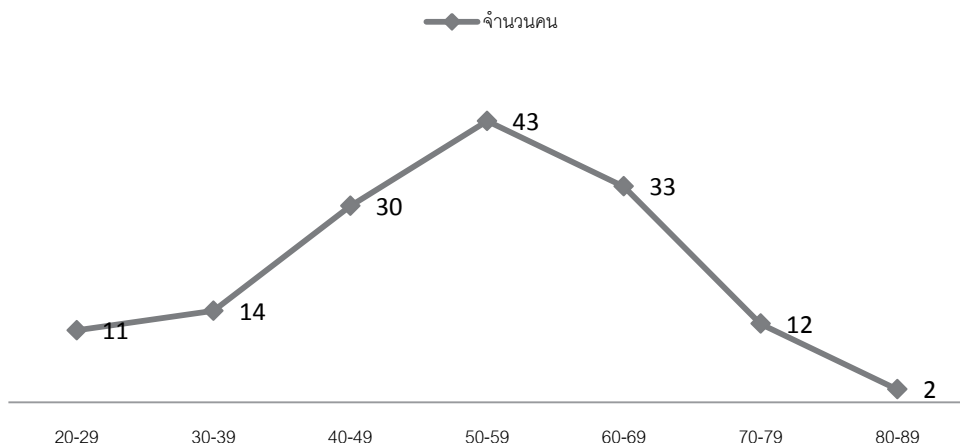
7. จัดสัมมนาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเรื่อง การดูแลผู้สูงวัยและการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในคนสูงวัยและป้องกันการเกิดกระดูกหักง่ายในกลุ่มคนไข้สูงวัย ระหว่างวันที่ 8-9 ธันวาคม 2557

ผลการวิจัย

จากข้อมูลของกลุ่มประชากรตัวอย่างพบว่า มีขนาดตัวอย่าง 145 คน แบ่งเป็นชาย 35 คน หญิง 110 คน อายุตั้งแต่ 20-84 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย(Mean) อายุที่ 52.72 ปี โดยฐานนิยม (Mode) จะมีอายุที่ 56 ปี มีค่ามัธยฐาน (Median) อยู่ที่ 53 ปี และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 13.95 ปี (ดังแผนภาพที่ 3)

แผนภาพที่ 3 แสดงการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างประชากรอำเภอกุมภวาปี

การกระจายของประชากรตัวอย่าง



ผู้ที่ค่า BMD น้อยกว่า -1 นั้นถือว่าเป็นภาวะกระดูกบาง หากน้อยกว่า -2.5 ถือว่ามีภาวะกระดูกพรุน และหากน้อยกว่า -3.5 ถือว่ามีภาวะกระดูกพรุนรุนแรง

ค่าความชุกมวลกระดูกกลุ่มต่างๆ พบว่า ความชุกของกระดูกบางนั้นพบมากที่สุดที่ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ

17.24 ผู้ที่มีกระดูกพรุนจะพบมากที่สุดช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8.28 และในกลุ่มอายุตั้งแต่ 70-79 ปีขึ้นไปจะพบความชุกของกระดูกพรุนรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 4.14 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความซุกของค่ามวลกระดูก (BMD) ตามกลุ่มอายุของทั้งเพศชายและหญิง

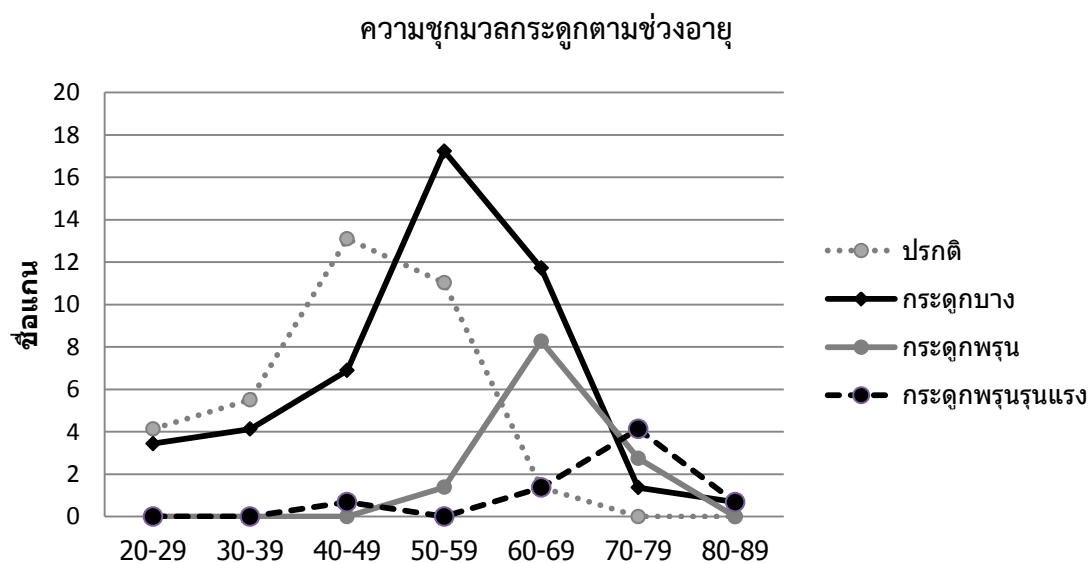
ช่วงอายุ	จำนวน	T-1(*)	T-2	T-3	T-4	P-T-1	P-T2	P-T3	PT4
20-29	11	6	5	0	0	4.13	3.45	0	0
30-39	14	8	6	0	0	5.52	4.14	0	0
40-49	30	19	10	0	1	13.10	6.89	0	0.68
50-59	43	16	25	2	0	11.03	17.24	1.38	0
60-69	33	2	17	12	2	1.38	11.72	8.28	1.38
70-79	12	0	2	4	6	0	1.38	2.76	4.14
80-89	2	0	1	0	1	0	0.69	0	0.68
	145	51	66	18	10	35.17	45.52	12.41	6.89

หมายเหตุ (*) T-1 แทนค่ามวลกระดูกปกติ, T-2 แทนค่า มวลกระดูกบาง, T-3 แทนค่ามวลกระดูกพรุน และ T-4 แทนค่า มวลกระดูกพรุนรุนแรง P-T1 แทนความซุกของกลุ่มมวลกระดูกปกติ, P-T2 แทนความซุกของกลุ่มมวลกระดูกบาง P-T3 แทนความซุกของกลุ่มมวลกระดูกพรุน และ P-T4 แทนความซุกของกลุ่มมวลกระดูกพรุนรุนแรง

ในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงเองนั้น พบความซุกกระดูกบางมากสุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.27 ความซุกกระดูกพรุนพบมากในกลุ่มอายุ 60-69 ปี

ร้อยละ 7.27 กระดูกพรุนรุนแรงพบมากช่วงอายุ 70-79 ปี ความซุกร้อยละ 5.45 (ดังตารางที่ 3)

แผนภาพที่ 4 แสดงความซุกมวลกระดูกตามช่วงอายุ



ตารางที่ 3 แสดงค่าความชุกของค่า BMD เพศหญิง

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน(คน)	T-1	T-2	T-3	T-4	P-T1	P-T2	P-T3	P-T4
20-29	11	6	5	0	0	5.45	4.54	0	0
30-39	12	6	6	0	0	5.45	5.45	0	0
40-49	26	16	9	0	1	14.54	8.18	0	0.90
50-59	32	11	19	2	0	10.00	17.27	1.81	0
60-69	22	1	11	8	2	0.90	10.00	7.27	1.81
70-79	7	0	0	1	6	0	0	0.90	5.45
	110	40	50	11	9	36.36	45.45	10.00	8.18

ในกลุ่มประชากรชายก็มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับเพศหญิง โดยพบกระดูกบางมากที่สุด ร้อยละ 17.14 กระดูกพรุนร้อยละ 11.43 กระดูกพรุนรุนแรงร้อยละ 2.86 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงค่าความชุกของค่า BMD เพศชาย

ช่วงอายุ	จำนวน	T-1	T-2	T-3	T-4	P-T1	P-T2	P-T3	P-T4
20-29	0	0	0	0	0				
30-39	2	2	0	0	0	5.71	0	0	0
40-49	4	3	1	0	0	8.57	2.86	0	0
50-59	11	5	6	0	0	14.29	17.14	0	0
60-69	11	1	6	4	0	2.86	17.14	11.43	0
70-79	5	0	2	3	0	0	5.71	8.57	0
80-89	2	0	1	0	1	0	2.86	0	2.86
	35	11	16	7	1	31.43	45.71	20.00	2.86

เมื่อพิจารณาถึงโรคประจำตัวของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่า ร้อยละ 75.86 ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ในส่วนคนที่ไม่มีโรคประจำตัวนั้นพบว่า เป็นเบาหวานร้อยละ 11.72 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.31 เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 4.83 เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบร้อยละ 0.69 เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษร้อยละ 2.76 เป็นโรคเก๊าท์ร้อยละ 1.38

คนที่มีโรคประจำตัวพบมากคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง คนที่เป็นเบาหวาน พบความชุกกระดูกบางที่ร้อยละ 6.21 ความชุกกระดูกพรุนร้อยละ 1.38 คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีความชุกกระดูกบางร้อยละ 8.28 ความชุกกระดูกพรุนร้อยละ 4.83 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความชุกมวลกระดูกแยกตามรายโรคประจำตัว

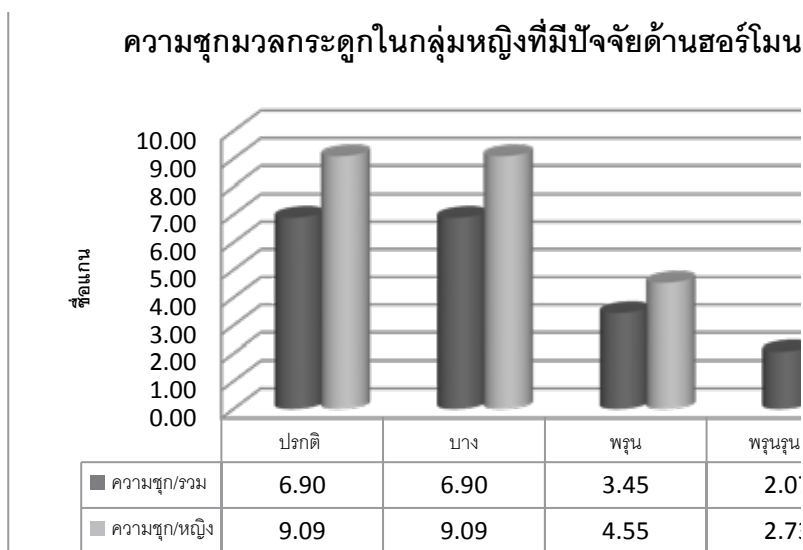
โรคประจำตัว	จำนวน(คน)	T-1	T-2	T-3	T-4	PT1	PT2	PT3	PT4
ไม่มี	110	10	21	10	3	6.89	14.48	6.89	2.07
เบาหวาน	17	6	9	2	0	4.14	6.21	1.38	0
ความดัน	28	7	12	7	2	4.83	8.28	4.83	1.38
CVD	7	0	3	3	1	0	2.07	2.07	0.68
CVA	1	0	1	0	0	0	0.68	0	0
Thyroid	4	1	3	0	0	0.68	2.07	0	0
Gout	2	0	1	1	0	0	0.68	0.68	0

ในกลุ่มประชากรตัวอย่างเพศหญิงที่ต้องถูกตัดรังไข่ หรือประจำเดือนหมดก่อนวัย 45 ปี หรือต้องได้รับประทานฮอร์โมนเพศทดแทนนั้นพบจำนวนกลุ่มนี้ทั้งหมด 28 คน จากแผนภูมิภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่ามีประชากรตัวอย่างหญิงทั้งหมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.09 ของประชากรหญิงทั้งหมด กลุ่มที่ตัดรังไข่สองข้าง ร้อยละ 3.64 กลุ่มที่ กินฮอร์โมน

ทดแทนมีร้อยละ 4.55 กลุ่มที่มีทั้งสามอย่างมีร้อยละ 0.90

ในจำนวน 28 คนนี้ พบว่ามีความชุกของกระดูกบาง ร้อยละ 6.90 ความชุกกระดูกพรุนอยู่ที่ร้อยละ 3.45 และมีความชุกของกระดูกพรุนรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 2.07 ของประชากรตัวอย่างรวม (ใน 145 คน) (ดังแผนภาพที่ 5)

แผนภาพที่ 5 แสดงความชุกมวลกระดูกในกลุ่มหญิงที่มีปัจจัยด้านฮอร์โมน



จากค่าดัชนีมวลกายพบว่า ค่าความชุกกระดูกบางพบมากในกลุ่มคนที่ มีรูปร่างปกติ ร้อยละ 15.86 ความชุกกระดูกพรุนพบมากในกลุ่มอ้วนระดับสอง ร้อยละ 4.83 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงค่าความชุกมวลกระดูกกลุ่มต่างๆ แยกตามระดับดัชนีมวลกาย

BMI(*)	จำนวน	T-1	T-2	T-3	T-4	P-T1	P-T2	PT-3	P-T4
< 18.5	10	0	7	1	2	0	4.83	0.68	1.38
18.5 - 22.9	52	22	23	3	4	15.18	15.86	2.07	2.76
23 - 24.9	33	14	12	6	1	9.66	8.28	4.14	0.68
25-29.9	38	9	19	7	3	6.21	13.10	4.83	2.06
≥ 30	12	6	5	1	0	4.14	3.45	0.68	0

หมายเหตุ * ค่า BMI < 18.5 แทนกลุ่มผอม, 18.5 - 22.9 แทนกลุ่มรูปร่างปกติ 23 - 24.9 แทนกลุ่มอ้วนระดับ 1, 25-29.9 แทนกลุ่มอ้วนระดับ 2 , ≥ 30 แทนกลุ่มอ้วนระดับ 3

ตารางที่ 7 แสดงภาพรวมความชุกกระดูกบางและกระดูกพรุนเมื่อพิจารณาตามปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	ความชุกกระดูกบาง: กลุ่มตัวอย่าง	ความชุกกระดูกพรุน:กลุ่มตัวอย่าง
แยกตามอายุ	17.24 : 50-59 ปี- รวม 17.27 :50-59 ปี - หญิง 17.14 : 50-59 ปี - ชาย	8.28 : 60-69 ปี- รวม 7.28 : 60-69 ปี - หญิง 11.43 : 60-69 ปี - ชาย
แยกตามดัชนีมวลกาย	15.86: ปกติ	4.83: อ้วนระดับ 2
แยกตามโรคประจำตัว	14.48 : ไม่มีโรค 6.20 : เบาหวาน 8.28 : ความดัน	6.90 : ไม่มีโรค 1.38 : เบาหวาน 4.83 : ความดัน

ความชุกของภาวะกระดูกบางพบมากสุดในช่วงอายุ 50-59 ปี

ความชุกของภาวะกระดูกพรุนพบมากสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี

ความชุกของภาวะกระดูกพรุนที่มีความรุนแรงพบมากสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งในประชากรหญิงและชาย

บทวิจารณ์

ภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน พบมากขึ้นเรื่อยๆ

ตามอายุเป็นไปในทางเดียวกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย และสอดคล้องกับความชุกของประชากรรวมทั้งประเทศ รวมถึงสอดคล้องกันข้อมูลของ WHO ในประชากรทั่วโลกด้วย ถึงแม้ว่าการศึกษาจะมีกลุ่ม sample ค่อนข้างน้อย (จำนวน 145 คน) และเป็นการวัดมวลกระดูกที่ปลายแขนอาจให้ค่า BMD ที่ไม่แม่นยำมากเมื่อเทียบกับกระดูกส่วน Lumbar หรือ femoral neck

แนวโน้มประชากรกลุ่มสูงวัยต่างก็เพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงวัยต่อประชากรทั้งหมด จะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.89 เป็นร้อยละ

9.53 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเกือบสองเท่าตัวจากปี 2533 ถึงปี 2553 ผลที่ตามมาคือประชากรที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ ก็ต้องเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นอีกโรคที่พบมากในประชากรกลุ่มสูงวัยก็จะเพิ่มมากขึ้น โดยผลกระทบของโรคกระดูกพรุนนี้อาจนำมาซึ่งภาวะกระดูกหักง่ายจากความเปราะบางของกระดูกอันนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพต่างๆของผู้สูงวัยเอง เช่นภาวะทุพพลภาพ ภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัดรักษากระดูกหัก ภาวะแทรกซ้อนจากการกระดูกหัก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงวัยเอง หรือแม้กระทั่งปัญหาของผู้ให้การดูแลที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นแล้วว่าสำหรับประชากรของประเทศไทยเองนั้น มีความชุกของกระดูกพรุน ของกระดูกสันหลังระดับเอวที่ 1 ถึง 4 ร้อยละ 19.8 และความชุกกระดูกพรุนที่คอสะโพก ร้อยละ 13.6 ในกลุ่มผู้หญิงอายุระหว่าง 40-80 ปี และพบว่ายิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นความชุกกระดูกพรุนยิ่งเพิ่มโดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 70 ปี พบมากถึงร้อยละ 50 สำหรับผู้ชายจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีมีความชุกของกระดูกพรุนเพิ่มตามอายุเช่นกันแต่เป็นที่น่าสนใจกว่าความชุกจะน้อยกว่าในเพศหญิง กล่าวคือ ความชุกของกระดูกพรุนที่กระดูกสันหลังส่วนเอวอยู่ที่ร้อยละ 4.6 และความชุกของกระดูกพรุนที่กระดูกคอสะโพกร้อยละ 12.6 ดังนั้นนอกจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นแล้วเรื่องเพศก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มวลกระดูกลดลงเช่นกัน

การวัดมวลกระดูกที่นำเชื่อถือนั้นจะวัดจากการตรวจด้วย Dual energy X-ray absorbtometry (DXA) ซึ่งจะวัดที่กระดูกสันหลังส่วนเอว กระดูกคอสะโพก และที่กระดูกปลายแขน ซึ่งให้ค่าได้ใกล้เคียงกัน โดยการวัดที่กระดูกคอสะโพกและกระดูกสันหลังส่วนเอวนั้นให้ค่าได้น่าเชื่อถือกว่า แต่อย่างไรก็ตามการวัดที่กระดูกส่วนปลายแขนก็ให้ผลได้ใกล้เคียงเช่นกันแต่ไม่ได้แนะนำให้ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุน

เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้น และหรือมีโรคหรือปัจจัยใดๆที่ทำให้มวลกระดูกลดลง ในช่วงแรกคนไข้จะยังไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จะเริ่มมีปัญหาเมื่อเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกเปราะ เช่น คนสูงอายุ เดินหกล้ม ใช้ข้อมื่อยืนพื้น แล้วเกิดกระดูกข้อมือหัก ล้มแล้วเกิดกระดูก

ข้อสะโพกหัก เป็นต้น ผลตามมาก็คือเรื่องการรักษากระดูกหัก เช่นต้องมีการผ่าตัด เพื่อยึดตรึงกระดูกที่หัก ในคนไข้สูงอายุนั้น การผ่าตัดก็นับว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ไม่ว่าจะเป็นจากการผ่าตัดเอง หรือจากโรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้น หรือหากไม่สามารถผ่าตัดได้ ก็ต้องทนทุกข์ต่อภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ เกิดภาวะติดเตียง มีปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ตามมามากมาย อีกทั้งเป็นปัญหาของผู้ที่ต้องคอยดูแลด้วย ที่ผ่านมาระบาดให้มีความสำคัญเรื่องกระดูกบาง กระดูกพรุนมีน้อย อาจเพราะปัญหาสาธารณสุขนั้นมีมากมาย และมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ที่ต้องให้การใส่ใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น การจะวินิจฉัยกระดูกพรุนนั้นต้องอาศัยเครื่องมือที่มีราคาแพง ซึ่งไม่สามารถทำได้ทุกโรงพยาบาลหรือแม้แต่โรงพยาบาลทั่วไปก็ยังไม่สามารถทำได้ทุกแห่ง ทำให้การรักษาโรคกระดูกพรุนจึงยังไม่ได้ดำเนินการอย่างกว้างขวาง อีกทั้งยาที่ใช้รักษานั้นมีราคาแพงมาก ทำให้การรักษายังไม่แพร่หลายหรือครอบคลุมทุกสิทธิ ดังนั้นการรักษากระดูกพรุนที่มีการหักของกระดูกจากภาวะกระดูกเปราะง่ายแล้วนั้นจึงเป็นเพียงการรักษาที่ปลายเหตุ หากแต่ถ้าเราสร้างความตระหนักเรื่องกระดูกพรุนตั้งแต่นั้นๆ ตั้งแต่ระดับชุมชน น่าจะเป็นการลดอุบัติการณ์ของกระดูกหักจากภาวะกระดูกเปราะง่าย

จากผลการศึกษาความชุกของภาวะกระดูกพรุนในประชากรอำเภออุ้มผางปีนั้น ก็พบว่ามีความชุกของภาวะกระดูกบางมากที่สุดที่ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.24 และความชุกกระดูกพรุนมากที่สุดที่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 8.28

หากจะพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้หญิง ก็พบว่า ความชุกของภาวะกระดูกบางพบมากที่สุดช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.24 และความชุกของกระดูกพรุนพบมากที่สุดช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.28

สำหรับผู้ชายนั้นพบความชุกกระดูกบางมากที่สุดที่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 17.14 ส่วนกระดูกบางพบมากในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 11.43

จะเห็นว่าความชุกของภาวะกระดูกบางและ

กระดูกรุ่นในประชากรกลุ่มตัวอย่างของประชากร
อำเภอกุมภวาปีนั้นให้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา
แต่หากว่ายังไม่อาจนำมาสรุปชัดเจนได้ว่าความชุกที่
ศึกษาครั้งนี้เป็นความชุกแท้จริงหรือไม่เนื่องจากการ
ศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงแค่การศึกษานำร่อง ประชากร
ตัวอย่างไม่มาก อีกทั้งไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มที่สูงวัย

เท่านั้นแต่หากศึกษาหลากหลายช่วงอายุ จากข้อมูลนี้จะ
นำไปประกอบการวางแผนจัดการการบริการ (service
plan) ในผู้ป่วยกลุ่มสูงวัย และจะเป็นข้อมูลเพื่อการวิจัย
ในอนาคต รวมถึงนำไปเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่เจ้า
หน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงวัยใน
ประชากรอำเภอกุมภวาปีแบบองค์รวมอีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สำนักสถิติแห่งชาติ (สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557); แหล่งข้อมูล : URL: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/districtList/S010107/th/57.htm>
- สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533 และ 2543 ทวีธาภิเษกจักร สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี
(The 2000 Population And Housing Census Whole Kingdom, National Statistical Office, Office
Of The Prime Minister).
- Chariyalertsak S, Suriyawongpaisal P, Thakkinstain A. Mortality after hip fracture in Thailand. Int
Orthop 2001; 25: 294-7.
- Limpaphayom KK, Taechakraichana N, Jaisamram U, Bunyavejchevin S, Chaikittisilpa S, Poshychinda
M, et al. Prevalence of osteopenia and osteoporosis in Thai women. Menopause 2001;8:65-9.
- Pongchaiyakul C, Apinyanurag C, Soontrapa S, Sontrapa S, Pongchaiyakul C, Nguyen TV, Rajatanavin
R. Prevalence of osteoporosis in Thai men. J Med Assoc Thai 2006;89:160-9.
- Riggs BL, Melton LJ, 3rd. Innovational osteoporosis. N Engl J Med. 1986 Jun 26;314:1676-86.
- Soontrapa S, Somboonporn C, Somboonporn W. The correlation of bone mineral density among
the lumbar spine, proximal femur and distal forearm, Srinagarind Med J 1999; 14(4); 245-50.
- Vaseenon T, Luevitonvechkij S, Wongtriratanachai P, Rojanasthien S. Long-term mortality after
osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J Clin Densitom 2010;13:63-7.
- World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for
postmenopausal osteoporosis. No. 843 of technical reports series. Geneva, 1994.

การสำรวจการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพ
ของประชาชนไทยในภาคเหนือตอนบน ปี 2556

Perception of Thai upper-northern in Health information
and knowledge : scal year 2013

สวาท	ชลพล	ศษ.ม.*	Sawart	Scholaphol	M.Ed*
สภาวดี	บุญก่อน	วทม.*	Sapawoot	Boonkorn	M.Sc*
รพีพร	เพียรไพรงาม	สบ.	Rapeeporn	Pienpringam	B.P.H*
ชุตินา	ไชยมณี	สบ.	Chutiya	Chaimanee	B.P.H*
กรเกษ	ศรีวิสัย	นศ.บ	Korraket	Sriwilai	B.A. (Communication Arts) *

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ *Office of Prevention and Control, 10*

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สามารถประเมินผลการดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพในปีที่ผ่านมา และเพื่อนำผลการสำรวจไปวางแผนการดำเนินการในปีต่อไปได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่ภาคเหนือตอนบน โดยเป็นการสำรวจเฉพาะโรคที่เป็นนโยบายของกรมควบคุมโรค กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งคัดเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ กำหนดโควตา ตามเพศ อายุ และตามสัดส่วนโครงสร้างประชากร เลือกจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสคร.10ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงคือเชียงใหม่และจังหวัดที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำคือลำพูน รวม 2 จังหวัด แบ่งสำรวจประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบทของแต่ละจังหวัดอย่างละครึ่งหนึ่ง (โดยนำรูปแบบการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยและภาพลักษณ์ของกรมฯ ปี 2556 เป็นตัวอย่าง) เก็บตัวอย่างจังหวัดละ 100 ตัวอย่าง (เขตละ 50 คน) รวม 200 ตัวอย่าง โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สคร. 10 ใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นจากการประชุมหารือของผู้ทรงคุณวุฒิ กรมฯ ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือและประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลคือเจ้าหน้าที่จากสคร.ทั้ง 12 เขตและเจ้าหน้าที่จากสำนักโรคต่างๆ ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ Levine's test?) และ t-test ผลการสำรวจ พบว่าประชาชนส่วนมากรับทราบข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ทุกวัน จากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตและคนในครอบครัว รองลงมา จากหนังสือพิมพ์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จากวิทยุ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนที่เหลือรับทราบ 1 ครั้งต่อเดือน (แผ่นพับ/แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายโฆษณา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) เพื่อน/ญาติ/ เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ปราชญ์ชาวบ้าน พระ/ครู) ทั้งสองเขตเห็นว่า สื่อโรคและภัยที่ไม่เคยได้รับ มีจำนวน 6 โรค คือ 1) ไข้ปวดข้อยุงลาย 2) หัวใจขาดเลือด 3) โปลิโอ 4) วัณโรค 5) โรคเรื้อน 6) ไข้ฉี่หนู ซึ่งแตกต่างจาก พ.ศ. 2555 ที่ประชาชนไม่เคยได้รับทราบข้อมูลข่าวสารโรคเรื้อน ทั้งสองเขตรับทราบข้อมูลข่าวสารแตกต่างกัน โดยในเขตเมืองรับทราบเรื่องอุบัติเหตุการจราจรทุกวัน ส่วนชนบทรับทราบโรคไข้เลือดออก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกนั้นรับทราบฯ 1 ครั้งต่อเดือนเหมือนกัน ผลประเมินความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ จากกรมฯ พบว่าทั้งชายและหญิงจากทั้งสองเขตทุกกลุ่มอายุและระดับการศึกษา "มีความพึงพอใจระดับสูงมาก" ต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมฯ ในส่วนความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อกรมฯ ส่วนใหญ่เห็นว่าภาพลักษณ์ของกรมฯ อยู่ในเกณฑ์ดี โดย (1) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าบุคลากรของกรมฯ มีความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 95 และ 95.3 (2) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์

โรคระบาดต่างๆ จะนึกถึงกรมา เป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 80 และ 89.7 (3) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่า ข้อมูลที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ของกรมา มีความน่าเชื่อถือ คิดเป็นร้อยละ 91 และ 95.1 (4) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่ากรมา มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง คิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 89 ในด้านความทันการณ์ของการนำเสนอข่าวสาร พบว่า มีระดับความคิดเห็นแตกต่างกันมาก โดยเขตเมืองมีระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า กรมา สามารถนำเสนอข่าวสารในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 40.5 แตกต่างจากเขตชนบทที่มีระดับความคิดเห็นระดับเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 70.1 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงร้อยละของความพึงพอใจที่พบว่ายังต่ำ สคร. 10 และกรมา ต้องเร่งนำเสนอข้อมูลข่าวสารให้ทันเหตุการณ์ ส่วนระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต แอลกอฮอล์ วัณโรค โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง บุหรี่ โรคพิษสารเคมี และความรู้โดยรวมของทุกโรคอยู่ในระดับ "สูงมาก" มากกว่าปีที่ผ่านมา ส่วนระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เหลือนั้นก็อยู่ในเกณฑ์ "สูง" โดยความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับที่ได้มาตรฐานตามที่กรมา กำหนด (ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 4 โรค คือ 1) โรคไข้เลือดออก (อาการสำคัญ/การกำจัดลูกน้ำ) 2) โรคฉี่หนู (การติดต่อ) 3) ไข้หวัดใหญ่ (ป้องกันการติดต่อ/ล้างมือ) 4) โรคอุจจาระ (ป้องกันโรคโดยกินอาหารสุกใหม่/การป้องกันขาดน้ำ) และ 3 ภัย คือ 1) แอลกอฮอล์ (ผู้โดยสารดื่มแอลกอฮอล์ได้ไม่ผิดกฎหมาย) 2) บุหรี่ (การได้รับควันบุหรี่มือสอง/อันตรายยาเส้น) และ 3) พิษสารเคมี (ทางเข้าสู่ร่างกาย/ภาชนะบรรจุเป็นขยะอันตราย) ดังนั้นข้อเสนอแนะคือควรนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน การสื่อสาร ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของล้านนา ซึ่งรวมถึงการเลือกช่วงเวลา อาชีพ ความสนใจตามเพศและวัย มาใช้ในการสื่อสารเพื่อที่จะกระตุ้นการรับทราบข้อมูลข่าวสารให้มากขึ้น รวมไปถึงการเลือกใช้ช่องทางสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และคนในครอบครัวให้มากขึ้น รวมทั้งกระตุ้นบทบาทในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่ออื่นที่ได้รับความนิยมรองลง เช่น วิทยุชุมชนหรือหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ที่ประชาชนนิยมเปิดรับ รวมถึงเพิ่มความถี่ในการประชาสัมพันธ์ก็จะทำให้การรับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัย ได้ดีมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดภาคเหนือตอนบน การสื่อสารทางสุขภาพ

Abstract

This research aims to evaluate the performance of public relation and communication in 2013 handled by the Office of Disease Prevention and Control region 10 (DPC10) in the previous operation year. The results can be utilize for next year planning both target groups and area context. The study focused on designed diseases mentioned by Disease Control Department policy and (aged) more than 15 years of population. The study design was cluster approach and quota setting on gender and age based on population structure. The highest health risk which is Chiang Mai, and lowest health risk provinces which is Lamphoon were selected. Data collection were carried out both urban and rural areas with the same ratio. Total 200 samples were collected with 100 cases from Chiang-Mai and the rest from Lamphoon. Tool for data collection was questionnaire developed from experts meeting and agreement. Levine's test and t-test were

used for data analysis. The results indicated that most people daily perceived diseases and health threat information from television media, internet and family member. Other sources of information were newspaper (one a week), radio (3 times a week) and the rests were other sources (once a month). Both areas could not access the disease medias namely; 1) Chikungunya 2) Ischemic heart disease 3) Poliomyelitis 4) Tuberculosis 5) Leprosy 6) Leptospirosis, that is different from the operation year of 2012 since people could not get all information of Leprosy. Urban population perceived the traffic accident as daily basis whereas rural population perceived the Dengue fever 3 times a week. The remains were only one time per month in both areas. Satisfaction on information communication conducted by Department of Disease Control were ranked as high level for both genders, both areas, and all aging and education levels. Their attitudes towards the Department of Disease Control operation were good. The personal are well knowledge on disease prevention and control with 95 and 95.3%, respectively. They always mentioned the Department as the first unit whenever the disease outbreaks were detected. The distributed information was reliable regarding the updated information perceive, there were difference in urban (40.5% of agreement) and rural zone (70.1% of agreement). However, overall satisfaction was low level, therefore DPC10 should concern on the up to date information communication. The target population have high knowledge in the diseases of Hypertension, Alcohol, Tuberculosis, HIVs, Diabetes mellitus, Ischemic heart disease, Influenza, Diarrhea, Cigarette, Chemical, Toxicants disease. Other knowledge level on the remained diseases and health threat were observed as high level and meet the criteria of Disease Control Department (Greater than 80%), they are 1) DHF (chief complaint/eliminate mosquito larvae) 2) TB (transmission) 3) Influenza (prevention / wash one's hands) 4) Diarrhea (prevention/clean food/prevention dehydration) and three risks they are 1) alcohol (law) 2) cigarette (passive smoking/risk relate) 3) chemical toxicant (transmit/containment). The results obtained from this study suggested the involved organizations in using data for further planning on communication according to the life style of northern people. Other factors which should be concern for communication are communication timing, occupation, interest, gender and age group. The recommended communication channels are internet and family member conversation. Other medias such as local radios, newspaper should be urged including frequency.

Key words : Health Information communication, Knowledge on disease and risk health, upper-Northern province of Thailand

บทนำ

ถึงแม้ว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จะทำการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ของประชาชนไทย ตามที่กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือในการดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2550 เรื่อยมาจนถึงปี 2555 แต่การที่จะจัดทำรายงานผลการสำรวจในส่วนที่ สคร. 10 รับผิดชอบ ยังไม่เคยมีการจัดทำมาก่อน ดังนั้น การจัดทำรายงานผลสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทยในเขตภาคเหนือตอนบน ปี 2556 จึงได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อนำผลการสำรวจมาพัฒนางานสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของสคร.10ซึ่งถือเป็นงานใหม่ รวมทั้งเพื่อเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรที่ทำงานในกลุ่มสื่อสารฯ ซึ่งยังไม่มีทักษะในการทำงานด้านนี้มาก่อน จึงถือว่าการสำรวจและจัดทำรายงานการประเมินในครั้งนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นมากที่จะต้องจัดทำ และควรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ เมื่อเจ้าหน้าที่มีทักษะและความชำนาญเพิ่มมากขึ้น การขับเคลื่อนบทบาท ภาระกิจของกรมฯ และของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 3 จะสามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด รวมทั้งนำผลการสำรวจไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการสื่อสารให้ตรงกับการรับรู้ ของประชาชนด้วยเครื่องมือที่สอดคล้องกับผู้รับ จัดทำสื่อและสื่อสารถูกช่วงเวลาของกลุ่มเป้าหมายพร้อมจะรับ ซึ่งเป็นผลจากการนำผลการสำรวจมาปรับใช้ในการดำเนินงาน ดังนั้น สคร. 10 จึงได้จัดทำรายงานผลการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบนปี 2556 ขึ้น โดยใช้แบบสำรวจระเบียบวิธีวิจัยเช่นเดียวกับการสำรวจของสำนักสื่อสารฯ กรมควบคุมโรค ปี 2556

วัตถุประสงค์ของการสำรวจ

1. เพื่อทราบและประเมินผลการรับทราบและมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชนทั่วไป
2. เพื่อทราบและประเมินผลความรู้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เพื่อทราบและประเมินผลความพึงพอใจต่อการรับทราบข้อมูลข่าวสาร
4. เพื่อทราบช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงประชาชนทั่วไป

ประชากรเป้าหมาย การกำหนดขนาดตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่สำรวจ ขนาดตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ คำนวณจากข้อมูลประชากรไทยปี 2554 ตามประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ด้วยวิธีการของ Taro Yamane, 1973 การสำรวจใช้แผนการคัดเลือกตัวอย่างแบบโควตา โดยอาศัยเพศ และอายุของประชากรเป็นเกณฑ์สำคัญในการกำหนดสัดส่วนโควตา จำนวนเป้าหมายของตัวอย่างที่ได้รับจากการคัดเลือกแบบโควตา คือ 200 ตัวอย่าง โดยผู้สำรวจจำแนกจำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็นพื้นที่ เพศ และอายุ ยึดตามแนวทางการสำรวจของกรมปี 2556 ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1. จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 ตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนจากประชากรในจังหวัดที่มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของ สคร.10 แบ่งตัวอย่างนี้ออกเป็นสองกลุ่ม แยกเป็นกลุ่มตัวอย่างสังคมเมือง และกลุ่มตัวอย่างสังคมชนบทกลุ่มละ 50 ตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตให้มีความหลากหลายเชิงประชากร
2. จังหวัดลำพูน จำนวน 100 ตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนจากประชากรในจังหวัดที่มีภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดของ สคร.10 การเก็บข้อมูลใช้วิธีการเช่นเดียวกันกับจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละเขต จำแนกตามสภาพสังคม เพศ และอายุ

เขต	จำนวน ทั้งสิ้น	สภาพสังคม															
		เมือง								ชนบท							
		ชาย				หญิง				ชาย				หญิง			
		15 - 30	31 - 45	46 - 60	60+	15 - 30	31 - 45	46 - 60	60+	15 - 30	31 - 45	46 - 60	60+	15 - 30	31 - 45	46 - 60	60+
สคร. 10	200	14	14	14	8	14	14	14	8	14	14	14	8	14	14	14	8

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ในครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ฯ การทดสอบความตรง (Validity) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านการสื่อสารของกรมควบคุมโรคพิจารณา (Face Validity) และตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปสอบถามในการเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้เพื่อให้มีเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ในการทำการสำรวจของกรมฯ และตรงตามโครงสร้างการวัดการรับทราบ ความพึงพอใจและความรู้ตามหลักทฤษฎี จากนั้นนำแบบสำรวจมาทดสอบความเที่ยงของแบบสำรวจโดยมีสูตรที่ใช้คำนวณดังนี้

$$r_{tt} = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_0^2} \right)$$

โดยที่ r_{tt} คือ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

n คือ จำนวนข้อถาม

σ_0^2 คือ ค่าความแปรปรวนของค่าที่ได้ทั้งหมด

σ_i^2 คือ ค่าความแปรปรวนของข้อถามที่

ตามที่ Jum Nunnally, 1978 ได้เสนอแนะเป็น

เกณฑ์การยอมรับไว้ว่า หากแบบสอบถามสำหรับงานสำรวจเชิงสำรวจ (Exploratory research) ได้ค่า α มากกว่าและเท่ากับ 0.7 ให้ถือว่ามีความน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ข้อคำถาม	Cronbach's alpha
ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรค	9.08

N of cases = 45

เมื่อทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability Test) ของแบบสัมภาษณ์ที่เป็นมาตรวัดประมาณค่า (ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรค) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 9.08 ดังกล่าว โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC Windows Version 11.5 ในการหาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha โดยใช้เกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) การประเมินผลความสำเร็จของตัวชี้วัดในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของกรมควบคุมโรคที่สามารถ

ประเมินได้จากผลของการสำรวจในครั้งนี้ 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านการรับทราบและมีความรู้ ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารของกรมควบคุมโรค

ผู้สำรวจใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้การวิจัยแบบสำรวจแบบวัดครั้งเดียว แบบตัดขวาง (cross-sectional) ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ จากนั้นผู้สำรวจได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สำหรับการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงอนุมาน ซึ่งผลการสำรวจสามารถแบ่ง

ออกได้เป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 200 คน แบ่งตามสภาพสังคมเมืองและชนบท แยกเป็นเพศชายและหญิง จำนวนใกล้เคียงกัน แยกเป็นเพศละ 50 คน (โดยเฉลี่ย) ซึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 2501-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.8 และร้อยละ 65.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.8 และมีอาชีพที่หลากหลาย เช่น เกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย โดยคิดเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน ในช่วงระหว่างร้อยละ 20-21

ส่วนที่ 2 ภาพลักษณ์องค์กร ผลการสอบถามความคิดเห็นต่อกรมฯ พบว่าทั้งสองเขต (1) เห็นด้วยถึง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าบุคลากรของกรมฯ มีความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 95 และ 95.3 ตามลำดับ (2) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์โรคระบาดต่างๆ จะนึกถึงกรมฯ เป็นอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 80 และ 89.7 ตามลำดับ (3) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่าข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ของกรมมีความน่าเชื่อถือ คิดเป็นร้อยละ 91 และ 95.1ตามลำดับ (4) เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ว่ากรมฯ มีการเผยแพร่ข่าวสารอย่างทั่วถึง คิดเป็นร้อยละ 75.3 และ 89 ตามลำดับ แต่ทั้งสองเขตมีระดับความคิดเห็นต่างกัน ว่ากรมฯ สามารถนำเสนอข่าวสารในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์ โดยเขตเมือง เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 41.5 แตกต่างจากเขตชนบท ที่เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คิดเป็นร้อยละ 73.1

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของทัศนคติที่มีต่อองค์กรโดยใช้สภาพสังคมเป็นตัวเปรียบเทียบ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05)

	Levine's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
1. ท่านคิดว่าบุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเป็นอย่างดี	0.432	0.512	0.214	198	0.831
2. เมื่อเกิดเหตุการณ์โรคระบาดต่างๆ ท่านจะนึกถึงกรมควบคุมโรคเป็นอันดับแรก	4.183	0.042	- 0.395	197	0.693
3. ท่านคิดว่าข้อมูลที่เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ของกรมมีความน่าเชื่อถือ	0.281	0.597	0.826	197	0.410
4. ท่านคิดว่ากรมควบคุมโรคมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง	0.002	0.965	0.000	198	1.000
5. ท่านคิดว่ากรมควบคุมโรค ไม่สามารถนำเสนอข่าวสารในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์	1.063	0.304	- 2.198	197	0.029

จากตารางที่ 2 การทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า สภาพสังคมที่แตกต่างกัน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองกับผู้ที่ย้ายอยู่ในเขตชนบท มีทัศนคติต่อองค์กรในข้อที่ 1 ถึง 4 ไม่แตกต่างกัน แต่ในข้อที่ 5 ที่

กล่าวว่า "ท่านคิดว่ากรมควบคุมโรคไม่สามารถนำเสนอข่าวสารในเรื่องการป้องกันควบคุมโรคได้ทันเหตุการณ์" ผู้ที่ย้ายอยู่ในเมืองกับผู้ที่ย้ายอยู่ในเขตชนบทมีทัศนคติต่อองค์กรแตกต่างกันหรือมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

ส่วนที่ 3 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

สื่อที่มีความถี่ในการรับ:

1. สื่อที่มีความถี่ในการรับ ทุกวัน คือ โทรศัพท์
อินเทอร์เน็ต และคนในครอบครัว
2. ส่วนสื่อที่มีความถี่ในการรับ 1 ครั้ง/สัปดาห์
คือ หนังสือพิมพ์
3. สื่อที่มีความถี่ในการรับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ คือ
วิทยุ
4. สื่อที่มีความถี่ในการรับ 1 ครั้ง/เดือน คือ
แผ่นพับ/แผ่นปลิวโปสเตอร์ ป้ายโฆษณา เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข (หมอ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) อสม.
(อาสาสมัครสาธารณสุข) เพื่อน/ญาติ/เพื่อนบ้าน/คนใน
ชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ราษฎรชาวบ้าน พระ/ครู สื่อ
ที่ไม่เคยได้รับหรือไม่คิดว่ามีสื่อนี้ เรียงจากมากไปหาน้อย:

อันดับ 1 มี 2 ประเภท คือ 1) ราษฎรชาวบ้าน
และ 2) พระ/ครู ร้อยละ 74.87 เท่ากัน

อันดับ 2 คือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 58.03

อันดับ 3 คือ แผ่นพับ/แผ่นปลิว ร้อยละ 45.64

อันดับ 4 คือ วิทยุ ร้อยละ 32.65

อันดับ 5 คือ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ร้อยละ 31.82

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพผ่าน
สื่อประเภทต่างๆ โดยใช้สภาพสังคมเป็นตัวเปรียบเทียบ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05)

สื่อสุขภาพ	Levine's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
1. โทรศัพท์	0.023	0.880	0.514	195	0.608
2. วิทยุ	1.554	0.214	3.500	194	0.001
3. หนังสือพิมพ์	3.785	0.053	- 1.176	193	0.241
4. แผ่นพับ / แผ่นปลิว	1.047	0.307	- 0.228	193	0.820
5. โปสเตอร์ ป้ายโฆษณา	16.419	0.000	1.901	193	0.059
6. อินเทอร์เน็ต	15.926	0.000	- 2.700	191	0.008
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอ พยาบาล บุคลากร สาธารณสุข)	0.213	0.645	- 0.565	197	0.573
8. อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข)	1.671	0.198	3.812	196	0.000
9. คนในครอบครัว	0.654	0.420	3.465	192	0.001
10. เพื่อน / ญาติ / เพื่อนบ้าน / คนในชุมชน	1.930	0.166	3.367	197	0.001
11. ผู้ใหญ่บ้าน / กำนัน	0.216	0.643	2.666	196	0.008
12. ราษฎรชาวบ้าน	3.213	0.075	1.123	189	0.263
13. พระ / ครู	1.496	0.223	1.857	190	0.065

จากตารางที่ 3 การทดสอบทางสถิติที่ระดับนัย
สำคัญ 0.05 ความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารจำแนก
ตามเขตเมืองกับชนบทผ่านสื่อสุขภาพประเภทต่างๆ ไม่
ว่าจะเป็น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับหรือแผ่นปลิว
โปสเตอร์หรือป้ายโฆษณา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชน
ชาวบ้าน พระหรือครู ความถี่ในการรับทราบข้อมูล
ข่าวสารของผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองกับเขตชนบทไม่แตกต่าง
กัน ยกเว้นความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อ
วิทยุ อินเทอร์เน็ต อสม. คนในครอบครัว เพื่อน/ญาติ/
เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน และผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ที่แตกต่าง
กัน และผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับทราบ
ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านสื่อ
ประเภทต่างๆ โดยใช้กลุ่มอายุเป็นตัวเปรียบเทียบ (ที่
ระดับนัยสำคัญ 0.05) สรุปได้ดังนี้

**ความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารแตกต่างกัน
จำแนกตามกลุ่มอายุ คือ สื่อประเภท**

1. โทรทัศน์ กลุ่มอายุ 15-30 ปี กลุ่มอายุ 31-45
ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. วิทยุ กลุ่มอายุ 31-45 ปี และกลุ่มอายุ 46-60 ปี
3. หนังสือพิมพ์ กลุ่มอายุ 15-30 ปี และกลุ่มอายุ
60 ปีขึ้นไป
4. แผ่นพับ/แผ่นปลิว กลุ่มอายุ 15-30 ปี กลุ่มอายุ
31-45 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
5. โปสเตอร์/ป้ายโฆษณา ทุกกลุ่มอายุ
6. อินเทอร์เน็ต ทุกกลุ่มอายุ
7. คนในครอบครัว ทุกกลุ่มอายุ
8. เพื่อน/ญาติ/เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน ทุกกลุ่ม
อายุ
9. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน กลุ่มอายุ 46-60 ปี กับกลุ่ม
อายุ 60 ปีขึ้นไป
10. ประชาชนชาวบ้าน กลุ่มอายุ 46-60 ปี กับกลุ่ม
อายุ 60 ปีขึ้นไป
11. พระ/ครู ทุกกลุ่มอายุ

**ความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่าง
กันจำแนกตามกลุ่มอายุ คือ สื่อประเภท**

1. โทรทัศน์ กลุ่มอายุ 46-60 ปี
2. วิทยุ กลุ่มอายุ 15-30 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. หนังสือพิมพ์ กลุ่มอายุ 31-45 ปี และกลุ่มอายุ
46-60 ปี
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ทุกกลุ่มอายุ
5. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน กลุ่มอายุ 15-30 ปี และกลุ่ม
อายุ 31-45 ปี
6. ประชาชนชาวบ้าน กลุ่มอายุ 15-30 ปี กับ กลุ่ม
อายุ 31-45 ปี

การที่ความถี่ในการรับสื่อที่แตกต่างกันหน่วยงาน
ที่สื่อสารต้องนำไปวิเคราะห์เพื่อทำการสื่อสารให้ถูกกับ
กลุ่มเป้าหมายช่วงอายุส่วนความถี่ไม่ต่างกันต้องเน้น
คุณภาพสื่อเพิ่มความถี่เพื่อหวังผลให้เกิดการรับรู้

จำนวนและค่าร้อยละความถี่ในการรับข้อมูล
จำแนกตามสภาพสังคม สรุปได้ว่า

**เขตเมือง พบว่าโรคที่เผยแพร่ผ่านสื่อ เรียงตาม
ความถี่ในการรับข้อมูล มีดังนี้**

1. ทุกวัน คือ อุบัติเหตุจากรถ
2. หนึ่งครั้งต่อเดือน คือ ไข้เลือดออก เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง อุจจาระร่วง เอชไอวี ไข้หวัด
นก ไข้หวัดใหญ่ ภัยที่เกิดจากบุหรี่ยาที่เกิดจากสุรา โรค
ที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ภัยพิบัติเช่น น้ำท่วม ภัย
หนาว ภัยหมอกควัน เป็นต้น
3. สื่อที่ไม่เคยได้รับ คือ ไข้ปวดข้อยุงลาย โรคหัวใจ
ขาดเลือด โรคโปลิโอ วัณโรค โรคเรื้อน ไข้ฉี่หนู

**เขตชนบท โรคที่เผยแพร่ผ่านสื่อ เรียงตามความถี่
ในการรับข้อมูล มีดังนี้**

1. เผยแพร่ทุกวัน ไม่มี
2. สามครั้งต่อสัปดาห์ คือ ไข้เลือดออก
3. หนึ่งครั้งต่อเดือน คือ เบาหวาน ความดันโลหิต
สูง อุจจาระร่วง เอชไอวี ไข้เลือดออก ไข้หวัด
ใหญ่ โปลีโอ วัณโรค ไข้ฉี่หนู ภัยที่เกิดจากบุหรี่ยาที่เกิด
จากสุรา โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ภัยพิบัติเช่น
น้ำท่วม ภัยหนาว ภัยหมอกควัน เป็นต้น
4. สื่อที่ไม่เคยได้รับ คือ ไข้ปวดข้อยุงลาย หัวใจ
ขาดเลือด โรคเรื้อน

จะเห็นได้ว่าทั้งเขตเมืองและเขตชนบท มีสื่อที่ไม่

เคยได้รับจำนวน 6 โรค คือ 1) ไข้ปวดข้อยุงลาย 2) หัวใจขาดเลือด 3) โปлио 4) วัณโรค 5) โรคเรื้อน 6) ไข้ฉี่หนู โดยมีสื่อที่ไม่ได้รับเหมือนกัน จำนวน 3 โรค คือ 1) ไข้ปวดข้อยุงลาย 2) หัวใจขาดเลือด และ 3) โรคเรื้อน ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับทราบข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้สถานภาพ

ทางสังคมเป็นตัวเปรียบเทียบ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05) ความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่อง 18 โรค และภัยสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองกับผู้ที่อยู่อาศัยอยู่เขตชนบท พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติจำแนกตามสถานภาพทางสังคม

คำกล่าว	ระดับทัศนคติ							
	เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง		ไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง		จำนวนผู้แสดงความคิดเห็น		ไม่ขอออกความเห็น	
	เมือง	ชนบท	เมือง	ชนบท	เมือง	ชนบท	เมือง	ชนบท
1. ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน	92 (98.9)	94 (96.9)	1 (1.1)	3 (3.1)	93	97	6 (3)	2 (1)
2. การนำเสนอข้อมูลข่าวสารมีความน่าสนใจ	84 (92.3)	93 (94.9)	7 (7.7)	5 (5.1)	91	98	8 (4)	2 (1)
3. ข้อมูลที่ได้รับมีความรวดเร็วทันเวลาต่อสถานการณ์ของโรค	71 (80.7)	82 (85.4)	17 (19.3)	14 (14.6)	88	96	11 (5.5)	4 (2)
4. ข้อมูลมีความชัดเจน ถูกต้อง	80 (89.9)	86 (90.5)	9 (10.1)	9 (9.5)	89	95	11 (5.5)	4 (2)
5. ข้อมูลมีความเข้าใจง่าย	87 (94.6)	89 (92.7)	5 (5.4)	7 (7.3)	92	96	7 (3.5)	4 (2)
6. ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเพียงพอต่อความต้องการของท่าน	78 (83.9)	83 (86.5)	15 (16.1)	13 (13.5)	93	96	7 (3.5)	4 (2)

* ค่าในวงเล็บเป็นค่าที่แสดงถึงร้อยละ*

จากตารางที่ 4 นำจำนวนเฉพาะผู้ที่แสดงความคิดเห็นมาคำนวณ พบว่า ประชาชนทั้งสองเขตมีระดับทัศนคติเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อคำกล่าวใน 6 ประเด็น ตั้งแต่ร้อยละ 80.7 ถึง 98.9 ส่วนข้อที่ไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ ข้อมูลที่ได้รับมีความรวดเร็วทันเวลาต่อสถานการณ์ของโรค ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเพียงพอต่อความต้องการของท่านและข้อมูลมี

ความชัดเจนถูกต้อง ซึ่งผู้เกี่ยวข้องต้องนำไปพิจารณาหาสาเหตุ ถึงแม้ว่าผลวิเคราะห์ความแตกต่างของความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมฯ โดยใช้สถานภาพทางสังคมเป็นตัวเปรียบเทียบ (ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05) พบว่าความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมฯ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน สำหรับภาพรวมความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมฯ พบว่า

ส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจถึงพึงพอใจอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 95.98 และมีผู้ไม่พึงพอใจเพียง 7 คน หรือ ร้อยละ 4.02

ส่วนที่ 4 การประเมินผลการสำรวจความรู้เรื่อง โรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมฯ

จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องการป้องกันโรค จำแนกตามสภาพสังคม โดยสรุปเรียงตามลำดับโรคและ ภัย โดยมีโรคติดต่อ 5 โรค โรคไม่ติดต่อ 4 โรค และภัย 3 ภัย รวม 36 ข้อคำถาม และอธิบายเฉพาะข้อที่ตอบถูก น้อยดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก คำถามข้อที่ (1) ยุงลายชอบ วางไข่ตามแหล่งน้ำขังที่เน่าเหม็น พบว่า เขตชนบทตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 59 น้อยกว่าเขตเมืองที่ตอบถูกค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 76 ภาพรวมทั้งสองเขตตอบถูกปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.5

2. วัณโรค คำถามข้อที่ (6) วัณโรคเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แม้ว่าจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64-66

3. โรคเอดส์ คำถามข้อที่ : (7) ยุงกัด ไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62-66 (8) การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 35-40 โดยเขตชนบทตอบถูกน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 35 (9) คนที่เรามองว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่และภาพรวมทั้งสองเขตตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64-66

4. โรคเบาหวาน คำถามข้อที่: (10) อาการสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กินจุกว่าเดิมแต่น้ำหนักลด พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65-72 (11) ความอ้วน เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65-72 (12)

โรคเบาหวานจะเกิดเฉพาะผู้ที่มีพ่อแม่ พี่น้องท้องเดียวกันเป็นเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 55-60 โดยเขตเมืองมีตอบถูกน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 55

5. โรคความดันโลหิตสูง คำถามข้อที่: (13) ค่าความดันโลหิตที่เริ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าตั้งแต่ 120/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 33-52 โดยเขตชนบทตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 33 (14) การรับประทานอาหารเค็มไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 36-44.6 โดยเขตชนบทตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 36 (15) การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและอัมพาต พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66-70

6. โรคหัวใจและหลอดเลือด คำถามข้อที่: (16) การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่หวาน มัน เค็ม สามารถป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดและการเป็นอัมพาตได้ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66-68 (17) อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ไม่ใช่อาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 51-58 โดยเขตชนบทมีตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 51 (18) ถ้าตนเองหรือคนใกล้ชิดมีอาการผิดปกติ เช่น สับสน พูดไม่รู้เรื่อง การมองเห็นลดลง ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง ให้รีบไปโรงพยาบาลทันที เพื่อป้องกันการเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76-78

7. การป้องกันเด็กจมน้ำ คำถามข้อที่: (19) ระดับน้ำแค่เล็กน้อย (สูง 2 นิ้ว) ที่อยู่ในถัง กะละมัง อาจทำให้เด็กเล็กเสียชีวิตได้พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกค่อนข้างน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65-66 (20) หากเจอคนตกน้ำ จมน้ำ ถ้าคุณว่ายน้ำเป็น ให้กระโดดลงไปช่วยเขาเลย โดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยใดๆ พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65-72

ว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 35-45 โดยเขตชนบทตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 35 (21) เมื่อช่วยเหลือนคนจมน้ำขึ้นมาจากน้ำแล้ว ขั้นตอนแรกควรจับอ้อมพาดบ่า กระแทกให้น้ำออก พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 31-41 โดยเขตชนบทตอบถูกน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 31

8. ใช้ขวดใหญ่ คำถามข้อที่ (23) โรคไข้หวัดใหญ่มักจะเกิดเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กเท่านั้น พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 34-35

9. อุจจาระร่วง คำถามข้อที่ (27) การถ่ายอุจจาระในที่สาธารณะ เช่น แม่น้ำ ลำคลอง พื้นดิน ฯลฯ ไม่เป็นการแพร่โรคอุจจาระร่วง พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 35-36

10. แอลกอฮอล์ (สุรา) คำถามข้อที่ (28) การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ระบุณัณนั้นผิดกฎหมาย พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกปานกลางถึงมาก คิดเป็นร้อยละ 62-70 เขตชนบทตอบถูกร้อยละ 62 ซึ่งน้อยกว่าเขตเมืองและภาพรวม (29) การซื้อและขายเครื่องดื่มในเวลา 11.00-14.00 น. และเวลา 17.00-24.00 น. ค่อนข้างง่าย ดี ไม่ผิดกฎหมายพบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67-72 เขตชนบทตอบถูกร้อยละ 72 มากกว่าเขตเมืองและภาพรวม

11. บุหรี่ คำถามข้อที่ (33) ตลาดเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65-71 เขตชนบทตอบถูกร้อยละ 71 มากกว่าเขตเมืองและภาพรวม

12. โรคพิษสารเคมี คำถามข้อที่ (34) สารเคมีที่อันตรายจะต้องมีกลิ่นเหม็นฉุน รุนแรง เท่านั้น พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งสองเขตและภาพรวมตอบถูกน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 40-46

อภิปรายผล

ความรู้ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรค และภัยสุขภาพผ่านช่องทางสื่อต่างๆ

อันดับ 1 รับทราบข้อมูลข่าวสาร ทุกวัน ผ่านสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตและคนในครอบครัว โดยโทรทัศน์ มีความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารทุกวันซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของกรมฯ ปี 2555 ที่พบว่า สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนในทุกกลุ่มได้มากกว่าสื่ออื่นๆ ส่วนผลการสำรวจของกรมฯ ปี 2556 สื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นช่องทางที่กลุ่มเป้าหมายทั้งสองเขตรับทราบข้อมูลข่าวสารได้มากที่สุด ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการนำเสนอตัวตนและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของผู้บริหารระดับสูงผ่านสื่อโทรทัศน์มากกว่าปีที่ผ่านๆ มาจึงส่งผลให้ประชาชนสามารถจดจำได้ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความคุ้นเคยกับประชาชนและรู้สึกรู้ว่าการติดตามข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางนี้มีความสะดวก และได้รับความรู้รวมทั้งอรรถรสในการชมอย่างครบถ้วน สำหรับอินเทอร์เน็ต พบว่าผลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2008 พบว่า คนในภาคเหนือตอนบนสนใจและรับรู้ข้อมูลผ่านช่องทางนี้ ทุกวัน การใช้เวลากับอินเทอร์เน็ตของภาคเหนือเน้นเทียบเท่ากับระดับประเทศโดยใช้เวลาประมาณ 1.9 ชั่วโมงต่อวัน ส่วน คนในครอบครัว เป็นที่นิยมนิตเช่นกันที่ผลการสำรวจในปี 2556 พบว่าภาคเหนือตอนบนรับรู้ข้อมูลผ่านคนในครอบครัว ทุกวัน ซึ่งสื่อบุคคลที่เป็นคนใกล้ชิดมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ถ่ายทอดข่าวสารเป็นแหล่งข้อมูลที่มีเสถียรภาพและน่าไว้วางใจสูงเพราะเป็นคนในครอบครัว และอาจเป็นเพราะในพื้นที่ต่างจังหวัดโดยส่วนมากจะมีคนใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมากกว่าผู้คนในเมืองหลวง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540 พบเช่นเดียวกันว่า การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคล เช่น จากบิดา-มารดา อาจารย์ เพื่อน (significant others) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และนิตยสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อันดับ 2 รับทราบข้อมูลข่าวสาร 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผ่านหนังสือพิมพ์ คิดเป็นร้อยละเพียง 33.83 สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่อง

การอ่านหนังสือของประชากรในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2554 พบว่า คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป มีอัตราการอ่านหนังสือนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงานเพียงร้อยละ 68.8 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติปี 2554 กับปี 2551 จะพบว่า อัตราการอ่านหนังสือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.3 แต่เวลาที่ใช้ในการอ่านหนังสือต่อวันลดลง เพราะหันไปสนใจกิจกรรมใหม่อย่างอินเทอร์เน็ตหรือเกมส์มากขึ้น

อันดับ 3 รับทราบข้อมูลข่าวสาร ผ่านวิทยุ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 29.25 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สํารวจการรับฟังวิทยุของคนไทยในช่วง 20 ปี, 2532-2551 พบว่ามีอัตราการฟังลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี 2546 มีผู้รับฟังร้อยละ 42.8 และลดลงเป็นร้อยละ 31.1 ในปี 2551 อัตราฟังลดลงค่อนข้างสูง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) จะมีอัตราการฟังที่ลดลงมากที่สุด และเมื่อพิจารณาถึงประเภทวิทยุการวิทยุที่ฟังมากที่สุด พบว่ารายการบันเทิง ยังเป็นอันดับแรก คือ เกินครึ่งหนึ่งของผู้ฟังทั้งหมด (ร้อยละ 64.1) แต่ในทุกวันนี้สื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์ยังคงเป็นทางเลือกหนึ่งของคนไทย แม้ว่ารูปแบบในการเข้าถึงข้อมูลจะแตกต่างไปจากเดิม เนื่องจากการก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี เช่น ฟังจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

อันดับ 4 รับทราบข้อมูลข่าวสาร 1 ครั้ง/เดือน คือ ผ่านพับ/แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายโฆษณา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อสม. เพื่อน/ญาติ/เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ราษฎรชาวบ้าน พระ/ครู คิดเป็นร้อยละ 65.09, 52.71, 56.02, 50.96, 36.13, 47.41, 47.92 และ 43.59 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าการเผยแพร่ข่าวสารของกรมฯ ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตและสื่อใหม่ในปัจจุบันนี้มีมากกว่าปีที่ผ่านมา แต่ความถี่ในการรับทราบของประชาชนนั้นยังไม่แตกต่างจากผลการสำรวจในปี 2555 มากนัก

ความถี่ในการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ พบว่า

อันดับ 1 ประชาชนส่วนมากในเขตเมือง มีความถี่ในการรับทราบอุบัติเหตุการจราจรทุกวัน อาจเป็นเพราะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ในเขตเมือง ประกอบกับวิถีชีวิตที่ต้องออกจาก

บ้านด้วยพาหนะผ่านถนนหรือสถานที่ต่างๆ จึงมีโอกาสเห็นสื่อเหล่านี้บ่อย

อันดับ 2 พบว่าเขตชนบท มีความถี่ในการรับทราบโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 สัปดาห์ที่ 53 ระหว่างวันที่ 29 ธันวาคม 2556 ถึง 4 มกราคม 2557 ของกลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สคร. 10 ที่รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 4 อำเภอใน 4 จังหวัดโดยเมื่อพิจารณาพื้นที่ที่จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชนบท ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมกันสื่อสารประชาสัมพันธ์รณรงค์และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และจากการศึกษาของอุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540 พบว่าในเขตชนบทจะมีการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกบ่อยมาก

อันดับ 3 ความถี่ในการ รับทราบข้อมูลข่าวสาร 1 ครั้งต่อเดือน โดย

เขตเมือง คือ โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคอุจจาระร่วง โรคเอดส์ ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู ภัยที่เกิดจากบุหรื ภัยที่เกิดจากสุรา และภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม ภัยหนาว ภัยหมอกควัน เป็นต้น

เขตชนบท คือ โรคเบาหวาน โรคอุจจาระร่วง โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โปลิโอ วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู ภัยที่เกิดจากบุหรื ภัยที่เกิดจากสุรา อุบัติเหตุการจราจรทุกวัน โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และภัยพิบัติ น้ำท่วม ภัยหนาว หมอกควัน

ส่วนสื่อที่ไม่เคยได้รับ ทั้งเขตเมืองและชนบท คือ ใช้ปวดข้อยุงลาย หัวใจขาดเลือด และโรคเรื้อน เฉพาะเขตเมืองสื่อที่ไม่เคยได้รับ คือ โปลิโอ วัณโรค และโรคที่เกิดจากการประกอบส่วนเขตชนบทสื่อที่ไม่เคยได้รับ คือ โรคความดันโลหิตสูง โปลิโอ วัณโรค อุบัติเหตุการจราจรทุกวัน โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการสำรวจนี้ไปประกอบการเผยแพร่

ความพึงพอใจต่อข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ผลการสำรวจของกลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทในปี 2556 ส่วนมากมี "ความพึงพอใจระดับสูงมาก" ต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรค ทั้งในระดับเขต หรือ แยกเขตเมือง/ชนบท เพศ กลุ่ม

อายุ และ ระดับการศึกษา โดยส่วนใหญ่ประชาชนมีความ
พึงพอใจถึงพึงพอใจอย่างมาก คิดเป็นร้อยละถึง 95.98
และมีผู้ไม่พึงพอใจเพียง 7 คนหรือร้อยละ 4.02 แต่ สคร.
10 และกรมฯ จะต้องสนใจและตระหนักถึง เพราะอาจ
มีผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุม
โรคได้ โดยเฉพาะในแง่ของความร่วมมือ ส่วนผลการวัด
ความแตกต่างทางความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ
จากกรมฯ ตามสถานภาพทางสังคมเขตเมืองและเขต
ชนบท พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05
สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับประเทศ พบว่า
ประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบทส่วนมากมี "ความพึง
พอใจระดับสูง" โดยเฉพาะค่ากล่าวที่ว่า **"ข้อมูลข่าวสาร
ที่ได้รับมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน"**
นั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมี
"ความพึงพอใจระดับสูงมาก"

ระดับความรู้ในเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า
ประชาชนส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับที่มาก
มีระดับความรู้ที่ได้มาตรฐานตามที่กรมฯ กำหนด (ร้อยละ
80 ขึ้นไป) จำนวน 4 โรค คือ 1) ไข้เลือดออก (เกี่ยวกับ
อาการสำคัญ/การกำจัดลูกน้ำยุงลาย) 2) โรคฉี่หนู (การ
ติดต่อ) 3) โรคไข้หวัดใหญ่ (การป้องกันการติดต่อไปสู่คน
อื่น/การล้างมือ) 4) โรคอุจจาระ (การป้องกันโรคโดยกิน
อาหารสุกใหม่/การป้องกันการขาดน้ำ) และ 3 ภัย คือ
1) แอลกอฮอล์ (ผู้โดยสารดื่มแอลกอฮอล์ได้ไม่ผิด
กฎหมาย) 2) บุหรี่ (การได้รับควันบุหรี่มือสอง/อันตราย
ยาเส้น) 3) โรคพิษสารเคมี (ทางเข้าสู่ร่างกาย/ภาชนะ
บรรจุเป็นขยะอันตราย) ถึงแม้ว่าโรคหรือภัยที่ประชาชน
มีความรู้ผ่านมาตรฐาน ถึง 4 โรคและ 3 ภัย แต่ก็พบว่า
มีบางข้อใน 8 โรคและ 4 ภัย ที่ประชาชนยังมีความรู้ไม่
ผ่านมาตรฐาน (ตั้งแต่ร้อยละ 79 ลงมา) คือ 1) ไข้เลือด
ออก ในคำถามที่ว่า ยุงลายชอบวางไข่ที่น้ำเน่าเหม็น ซึ่ง
สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ทรายดำและพยายามแก้ไข
โดยเฉพาะการสื่อสาร ซึ่งผลการสำรวจของกรมฯ ปี
2555 ในภาพรวมของประเทศก็พบว่า ประชาชนตอบผิด
ในข้อนี้เป็นจำนวนมากเช่นกัน 2) วัณโรค 3) โรคเอดส์
สำนักโรคเอดส์ฯ ควรนำผลการศึกษานี้ไปสื่อสารโดยเน้น
ประเด็นอาการและการรักษา 4) โรคเบาหวาน 5) โรค

ความดันโลหิตสูง 6) โรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจาก
สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2553 พบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ
ในภาคเหนือตอนบน ปี 2555 ป่วยเป็นเบาหวานในปี
2556 จำนวนถึง 3,045 ราย ในขณะที่เดียวกันผลการ
สำรวจรายงานผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในปี
2555 ซึ่งป่วยเป็นความดันโลหิตสูงในปี 2556 สอดคล้อง
กันและพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ปี 2555 ได้ป่วย
เป็นความดันโลหิตสูง ในปี 2556 จำนวนถึง 10,694 ราย
7) โรคไข้หวัดใหญ่ ถามว่า โรคไข้หวัดใหญ่ มักเกิดเฉพาะ
ในกลุ่มเด็กเล็กเท่านั้น ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาจ
เป็นเพราะเด็กมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงมักเห็นแต่เด็กๆ ที่ป่วย
จึงต้องทำการสื่อสารให้เข้าใจให้ถูกต้อง 8) โรคอุจจาระ
ร่วง ถามว่าการถ่ายอุจจาระลงน้ำสาธารณะไม่เป็นการ
แพร่โรคฯ ถือว่าเป็นปัญหาเพราะในวิถีชีวิตของคน โดย
เฉพาะในชนบท ซึ่งเมื่อไปทำไร่นาแล้วหากต้องการถ่าย
อุจจาระและไม่มีส้วมก็จะไปถ่ายตามป่า ไร่นาทำให้เกิด
การแพร่เชื้อโรค ต้องทำการสื่อสารให้เข้าใจ และ 4 ภัย
คือ 1) เด็กจมน้ำ จากรายงาน ของ จานีล แคนเดิล, 2555
สำรวจใน 4 ประเทศได้แก่ บังคลาเทศ กัมพูชา เวียดนาม
และไทย รวมถึงสองจังหวัดในประเทศจีน คือ ปักกิ่งและ
มณฑลเจียงซี ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัจจุบันการจมน้ำ
ตายของเด็กยังคงเป็นปัญหาร้ายแรงซึ่งถูกมองข้ามใน
ประเทศที่ทำการสำรวจ แต่จากการติดตามแนวทางการ
สื่อสารของสำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่ามีการเผยแพร่ผ่าน
สื่อต่างๆ มากขึ้นในปี 2526 และปี 2557 ที่ผ่านมา รวม
ทั้งมีการขับเคลื่อนบทบาทการดำเนินงานสู่ อปท. เพิ่ม
มากขึ้น 2) แอลกอฮอล์ ถามเรื่องการขายให้คนอายุต่ำ
กว่า 20 ปี การซื้อและขายในเวลาที่ห้ามซื้อและขาย อาจ
เป็นเพราะกฎหมายเพิ่งประกาศใช้ได้ไม่นาน แต่ปัจจุบัน
เครือข่ายเยาวชนป้องกันนักดื่มหน้าใหม่, 2557 มีการรณ
รงค์ให้กรมควบคุมปัญหาเหล้าบ่นและร้านเหล้ารอบ
สถานศึกษาอย่างจริงจัง 3) บุหรี่ ถามว่า ตลาดเป็นเขต
ปลอดบุหรี่ อาจเป็นเช่นเดียวกับกฎหมายสุราเพราะยังมี
คนไม่เข้าใจหรือรู้มาก่อน แต่ในช่วงหลังการประชาสัมพันธ์
เรื่องตลาดปลอดบุหรี่เริ่มได้รับการรับรู้และร่วมมือมาก
ขึ้น จึงคิดว่าในอนาคตการรับรู้เรื่องนี้จะเพิ่มมากขึ้น 4)
พิษสารเคมี ถามว่า สารเคมีที่มีกลิ่นรุนแรงเท่านั้นที่

อันตราย ถือเป็นการเข้าใจผิดอย่างมากและถือว่าเป็น
อันตรายต่อชีวิต ดังนั้นจะต้องให้ความสำคัญและ
ประชาสัมพันธ์อย่างเร่งด่วน เพราะหากการรับรู้ในเรื่อง
นี้ล่าช้า อาจหมายถึงการสูญเสียชีวิตของประชาชน ซึ่ง
จะต้องวางแผนในการดำเนินการสื่อสารให้เป็นไปใน
แนวทางเดียวกัน โดยนำผลการศึกษาวิจัยทั้งของสคร.
10 และของกรมฯ ไปเป็นข้อมูลในการดำเนินงานและ
คาดหวังว่าในการประเมินครั้งต่อไป การรับรู้ในเรื่องเหล่านี้
จะเพิ่มมากขึ้นจนได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ:

1. ข้อเสนอแนะบทเรียนที่ได้จากการงานวิจัยนี้พบ
ว่า การจะสื่อสารความรู้ให้กับประชาชนต้องปรับความรู้
ให้เข้ากับบริบทของประชาชนยึดประชาชนเป็น
ศูนย์กลาง 2. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติคือ
ผู้เกี่ยวข้องควรนำผลการสำรวจนี้ไปปรับใช้ในการสื่อสาร
กับประชาชนเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10. การสำรวจแบบ รวดเร็ว (Quick
Survey) เรื่องการสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า 2557 เอกสารอัดสำเนา
กองแผนงาน (2553). กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงาน
และบุคลากร กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555.อ้างใน สำนักสื่อสารความ เสี่ยงและพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข,กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและ
ความรู้ของประชาชนไทยปี 2556, 2556:10-12.
เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กระทรวง, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำรวจสื่อมวลชนด้านวิทยุ cd/ หนังสือ
website ของสสช., เอกสารรายงาน; 2543-2552.
ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยและสถิติประยุกต์ทางนิเทศศาสตร์ หน่วยที่ 11-15. รายงานผลการสำรวจ ครั้งที่ 4
/2551 ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการใช้โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตเพื่อการสื่อสารและ ความบันเทิง
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี; 2551.
พิชิต ฤทธิ์จัญญ. หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แฮส ออฟ เคอร์ มีสท์; 2548:141.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557]; แหล่งข้อมูล:URL: www.thaihealth.or.th/
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, เอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557];
แหล่งข้อมูล:URL: http://www.sp.worldmedic.com/dm/education_program/ED3.doc
สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด /โรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูง /
โรคหลอดเลือดสมอง /โรคหลอดเลือดสมอง / ภาวะอ้วน / และโรคติดเชื้ออื่น ๆ เรื้อรัง / โรคหืด ตั้งแต่
พ.ศ. 2550 – 2555. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2557]; แหล่งข้อมูล:URL: [www.boe.moph.go.th/files/
report/20140109_40197220.pdf](http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf)
สำนักโรคไม่ติดต่อ, รายงานข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2555 ซึ่งป่วยเป็นเบาหวานในปีงบประมาณ
2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2557]; แหล่งข้อมูล:URL:<http://www.Thaincd.com/document/file/info>.
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2555. จำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปี 2553.
[สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2557];แหล่งข้อมูล:URL: [http://www.thaincd.com/document/file/
info/non-communicable-disease/report-44-53-2.xls](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/report-44-53-2.xls). 3 เมษายน

- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข 2555. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2553.) [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557]; แหล่งข้อมูล:URL:<http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/1-report-44-53.xls>. 3 เมษายน
- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข 2555. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาด เลือด ปี 2553. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557]; แหล่งข้อมูล:URL: <http://www.thaincd.com/document/file/info/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด / โรคเบาหวาน /โรคความดันโลหิตสูง / โรคหลอดเลือดสมอง /โรคหลอดเลือดสมองอักเสบ / ฤกษ์ลมโป่งพอง / และปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง/ โรคหืด ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 – 2555
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2555. จำนวนและอัตราป่วย-ตายต่อแสนประชากร แยกรายจังหวัด โรคไข้เลือดออก, โรคฉี่หนู, โรคไข้หวัดใหญ่, โรคอุจจาระร่วง ปี 2553. อ้างในสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,กระทรวงสาธารณสุข,กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทย ปี 2556:10-12.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2555. อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายจังหวัด พ.ศ 2553. อ้างใน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของ ประชาชนไทย ปี 2556: 10, 12
- สำนักสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการ สํารวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543-2552 ,ปีที่จัดพิมพ์ 2553. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557];แหล่งข้อมูล:URL:<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/pubsfiles/socPBook52.pdf>
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทยปี 2555:116
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,กระทรวงสาธารณสุข,กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทยปี 2556:166
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยมหิดล:2540. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2557];แหล่งข้อมูล:URL:http://www.dric.nrct.go.th/bookdetail.php?book_id=70892
- อรนุช พิศาลสุทธิกุล และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน. สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.พ. 2552. Janeen Candern ,Child Drowning:Evidence for a newly recognized cause of child mortality in low and middle income countries in Asia(รายงานการสำรวจ) 23 พฤษภาคม 2555. www.unicef.org/thailand/tha/media_18673.html
- Nunn ally, J. C. Psychometric theory. New York, McGraw-Hill;๑๙๗๘.อ้างใน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบ ข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทย ปี 2556:20
- Yamane, T. Statistics: an introductory analysis. New York, Harper & Row. ,1973. อ้างใน สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. รายงานการสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ของประชาชนไทย ปี 2556:3

ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหาร
และเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
Key success factors to solve litigation problems of health product of food and
cosmetic in Chiang Mai Provincial Public Health Office

อิสรา นานาวิชิต ร.ป.ม.

Isra Nanavichit M.P.A.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและสัมภาษณ์ตัวแทนจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในงานควบคุม กำกับมาตรฐานของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาดจำนวน 10 คน โดยใช้ทฤษฎีบริหารโครงสร้างการทำงาน 7S ของ McKinsey ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินคดีที่ผ่านมา 3 อันดับแรก คือ ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง (Style) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5 สมาชิกในองค์กร (Staff) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.9 และระบบในการดำเนินงานขององค์กร(System) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.6 ในส่วนปัญหาในการดำเนินคดีที่สำคัญคือ จำนวนบุคลากรที่มีความพร้อมในการดำเนินคดีมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน โดยพนักงานเจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดความมั่นใจในด้านกฎหมาย และเรื่องร้องเรียนนั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร เงินและอุปกรณ์ในการสืบหาข้อเท็จจริงเพื่อรวบรวมพยานหลักฐานในการดำเนินคดี ทั้งนี้แนวทางการแก้ไขคือ การสนับสนุนด้านแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในการส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรในการเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการดำเนินคดี การสร้างเครือข่ายเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ และจัดโครงสร้างองค์กรให้มีผู้ประสานงานเรื่องร้องเรียนที่ชัดเจน

คำสำคัญ : ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหาร เครื่องสำอาง

Abstract

The purpose of this study was to find the key successes for solving litigation problem of health products such as food and cosmetic of Chiang Mai Provincial Public Health Office by collecting data of interviews of 10 officers in the consumer protection group whose responsible for controlling those healthy product in the market according to the theory of working structure of Mckinsey

The results of study revealed that the first 3 success factors were Style, Staff and System which showed mean score 5, 4.9 and 4.6 respectively. The problems were lacking of members who can manage the litigation and the self-confidence of members to do law enforcement.

Others were appropriate budgeting and instrument to collect the evidence. We suggest the way to solve the problems would be appropriate training program to support the team members, the connection of litigation in district level and clearly assign person in charge to handle with the litigation issues.

Keywords : Key success factors, health product, food, cosmetic

บทนำ

ปัจจุบัน ผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางในท้องตลาดมีหลากหลาย ยกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อผิวขาว ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อลดน้ำหนักหรือกระชับสัดส่วน และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ได้แก่ เครื่องสำอางเน้นทำให้ผิวหน้าขาวใส ลดฝ้า กระ ซึ่งเป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่น สิ่งที่น่าห่วงคือ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มักอวดอ้างว่าได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเมื่อตรวจสอบผลากผลิตภัณฑ์พบว่า ไม่ได้รับอนุญาตแต่อย่างใดหรือแสดงเลขสารบบอาหารและเลขที่ใบรับแจ้งเครื่องสำอางที่เป็นเท็จ ซึ่งเข้าข่ายเป็นการฝ่าฝืนพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2535 แต่กระแสนิยมอยากมีรูปร่างผอม และมีผิวขาวของวัยรุ่นไทย ทำให้พบว่า มีผลิตภัณฑ์อาหารที่โฆษณาสรรพคุณลดน้ำหนักและเครื่องสำอางทำให้ผิวขาวใสจำนวนมาก ซึ่งวัยรุ่นจำนวนมากตกเป็นเหยื่อของโฆษณาหลอกลวงชวนเชื่อที่โอ้อวดว่าใช้แล้วผิวขาวสว่าง แต่กลับต้องเจอผลข้างเคียงทำให้ผิวยิ่งดำคล้ำลงกว่าเดิม อีกทั้งอันตรายจากยาลดความอ้วนที่ห้ามใช้พบในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนัก ได้แก่ ไซบูทรามิน ที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โรคหลอดเลือดสมอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากการตรวจสอบผลากและสารอันตรายในเครื่องสำอางเพื่อผิวขาวในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ข้อความที่มีได้มีการระบุในผลากมากที่สุด คือ คำเตือนที่อาจเกิดขึ้นต่ออนามัยบุคคล เลขที่แสดงครั้งที่ผลิตและเดือนปีที่ผลิต (วทัญญู ประยูรหงส์

และวรรณพร แพทย์เกาะ, 2556) และในปีพ.ศ.2555 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชาชนร้องเรียนให้ตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารที่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง จำนวน 10 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 18 และเครื่องสำอางแสดงฉลากไม่ถูกต้องหรือมีสารห้ามใช้ จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 5.4 จากเรื่องร้องเรียนด้านอาหารและเครื่องสำอางทั้งหมด 55 เรื่อง กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ตรวจสอบเรื่องร้องเรียนดังกล่าว พบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่แสดงฉลากไม่ถูกต้อง เช่น กาแฟลดน้ำหนักไม่แสดงเลขสารบบอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักไม่แสดงเลขสารบบ และเมื่อเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารดังกล่าวส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงใหม่ ผลวิเคราะห์พบยาไซบูทรามิน ซึ่งเป็นยาแผนปัจจุบันที่ได้เพิกถอนทะเบียนตำรับแล้ว อีกทั้ง กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอางในท้องตลาด พบผู้ประกอบการร้านค้าในตลาดนัดและห้างสรรพสินค้าจำนวนหลายราย ได้นำผลิตภัณฑ์อาหารไม่แสดงเลขสารบบอาหารและเครื่องสำอางไม่แสดงเลขที่จดแจ้งมาจำหน่าย ซึ่งกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการแจ้งตักเตือนและดำเนินคดีกับผู้ประกอบการ ในปีพ.ศ.2556 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ดำเนินการด้านผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอางผิดกฎหมายอย่างเข้มงวด ส่งผลให้เกิดการจับกุมดำเนินคดีผู้ประกอบการขายผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอางผิดกฎหมายจำนวน 4 คดี และดำเนินคดีปรับ จำนวน 7 คดี รวม 11 คดี ในเรื่องความผิดต่อพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 จากการ

ดำเนินคดีด้านผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอางดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาถึงปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลแนวทางในการปฏิบัติงานดำเนินคดีต่อไป โดยการนำแนวคิดการบริหารองค์กรของ McKinsey 7S Framework ซึ่งนำเสนอว่าประสิทธิภาพขององค์กรธุรกิจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านโครงสร้างขององค์กรเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ 7 ประการ ได้แก่ โครงสร้างองค์กร (Structure) กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) ระบบในการดำเนินงานขององค์กร (System) ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง (Style) สมาชิกในองค์กร (Staff) ความรู้ความสามารถขององค์กร (Skill) และค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared value) (พักตร์ผจง วัฒนสินธุ์ และ พสุ เดชะรินทร์, 2542) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ (อัมพร คำไม้, 2551) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยด้านยานั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 7 ประการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อทราบปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและยาของเครื่องสำอางของสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เก็บข้อมูลเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในงานควบคุม กำกับมาตรฐานของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังออกสู่ตลาด จำนวน 10 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินคดี เกี่ยวกับปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2557 โดย

1. ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบปลายเปิด เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอาง และเครื่องบันทึกเสียง

2. การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ มีการจัดเก็บ 2 ขั้นตอน คือ **ขั้นที่ 1** เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์ ปัจจัยความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินคดี และส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดี สอบถามผู้ปฏิบัติงานในงานควบคุม กำกับมาตรฐานของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาดที่มีประสบการณ์ในการดำเนินคดี จำนวน 10 คน โดยให้ตัวแทนดังกล่าวตอบแบบสอบถามแล้วทำการประมวลผลแบบสอบถามในเบื้องต้น เพื่อนำข้อมูลมาทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในขั้นที่ 2 ต่อไป

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ดังนี้ (สลิลา ชันทะฮ้อ, 2545)

ระดับการประเมิน	คะแนน
สำคัญมากที่สุด	4.21-5.00
สำคัญมาก	3.41-4.20
สำคัญปานกลาง	2.61-3.40
สำคัญน้อย	1.81-2.60
ไม่สำคัญ	1.00-1.80

ขั้นที่ 2 เก็บรวบรวมโดยใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในงานควบคุม กำกับมาตรฐานของยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังออกสู่ตลาด จำนวน 10 คน เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องมือสำออง ในประเด็นตามปัจจัยของทฤษฎี 7S ที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญที่สุด จากการตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 2

3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษจากเอกสารที่เกี่ยวกับทฤษฎีการบริหารโครงสร้างการทำงาน 7-S ของ McKinsey และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติเครื่องมือสำออง พ.ศ. 2535

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละ ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 70 โดยดำรงตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 30 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	30
หญิง	7	70
ตำแหน่ง		
- เภสัชกรชำนาญการ	5	50
- นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	3	30
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	1	10
- เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน	1	10

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ ปัจจัยความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานคดี

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นของบุคลากรที่ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในงานควบคุม กำกับมาตรฐานของยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังออกสู่ตลาด

	ปัจจัยความสำเร็จ	สำคัญ มากที่สุด (5)	สำคัญ มาก (4)	ปาน กลาง (3)	สำคัญ น้อย (2)	ไม่ สำคัญ (1)
Structure	1.การจัดโครงสร้างของกลุ่มงานคุ้มครองฯ ที่แบ่งตามงาน	30 (6 คน)	4 (1 คน)	9 (3 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	4.3				
Strategy	2.การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพและ สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนภายหลัง การออกสู่ท้องตลาดโดยการบังคับใช้ กฎหมายอย่างสมเหตุสมผล	25 (5 คน)	16 (4 คน)	3 (1 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	4.4				
System	3.การพัฒนากระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้ง การพัฒนาระบบงาน พัฒนาบุคลากรให้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	35 (7 คน)	8 (2 คน)	3 (1 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	4.6				
Style	4.การสนับสนุนการทำงานจากผู้บังคับ บัญชา	50 (10 คน)				
	ค่าเฉลี่ย	5				
Staff	5.บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน	45 (9 คน)	4 (1 คน)			
	ค่าเฉลี่ย	4.9				
Skill	6.บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และ ประสบการณ์ในการทำงาน	20 (4 คน)	24 (6 คน)			
	ค่าเฉลี่ย	4.4				
Shared value	7.กลุ่มงานคุ้มครองฯมีวัฒนธรรมในการ พัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบ สนองความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	20 (4 คน)	20 (5 คน)	20 (1 คน)		
	ค่าเฉลี่ย	4.3				

จากตารางที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญต่อปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอาง ทั้ง 7 ปัจจัย ในระดับมากที่สุด โดยเรียงค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย พบว่าด้านการสนับสนุนการทำงานจากผู้บังคับบัญชา (Style) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5 ด้านบุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (Staff) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.9 ด้านการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งการพัฒนาระบบงาน พัฒนาศักยภาพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (System) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.6 ด้านการตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนภายหลังการออกสู่ท้องตลาดโดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างสมเหตุสมผล (Strategy) และด้านบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการทำงาน (Skill) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน เท่ากับ 4.4 ด้านการจัดโครงสร้างของกลุ่มงานคุ้มครองฯ ที่แบ่งตามงาน (Structure) และด้านกลุ่มงานคุ้มครองฯ มีวัฒนธรรมในการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Shared value) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน เท่ากับ 4.3

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ถึงปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและแนวทางแก้ไขในการดำเนินคดี

3.1 ปัจจัยความสำเร็จที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญมากที่สุดตามลำดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนการทำงานจากผู้บังคับบัญชา (Style) เนื่องจาก การดำเนินงานด้านการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางนั้น ได้ผู้นำที่ให้การสนับสนุน เข้าใจการทำงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ พร้อมกับการประสานงานหน่วยงานภายนอกเพื่อสนับสนุนการทำงาน ได้แก่ ตำรวจ นักข่าว เป็นต้น โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. บุคลากรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (Staff) เนื่องจาก พนักงานเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญต่องานด้านการดำเนินคดี ส่งผลให้เกิดการทำงานเป็นทีม

ความรอบคอบในการวางแผนดำเนินงานและข้อกฎหมายในการดำเนินคดี โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 9 คนจาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 90

3. การพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งการพัฒนาระบบงาน พัฒนาศักยภาพให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (System) เนื่องจากกลุ่มงานมีระบบการทำงานที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในฝ่ายให้มีความรู้และความพร้อมด้านการดำเนินคดี เช่น การอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ด้านกฎหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 7 คนจาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 70

4. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนภายหลังการออกสู่ท้องตลาดโดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างสมเหตุสมผล (Strategy) เนื่องจาก การใช้กฎหมายที่สมเหตุสมผล โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ใช้หลักธรรมาภิบาล และมองการแก้ไขปัญหาเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้การดำเนินคดีมีความตรงไปตรงมา และลดทอนปัญหาการดำเนินงานโดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 5 คนจาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50

5. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการทำงาน (Skill) เนื่องจาก กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคมีพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมที่จะทำหน้าที่ด้านการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและยาโดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 4 คนจาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40

6. การจัดโครงสร้างของกลุ่มงานคุ้มครองฯ ที่แบ่งตามงาน (Structure) เนื่องจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้จัดโครงสร้างงานให้มีงานคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขที่ระบุผู้รับผิดชอบชัดเจนในการดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ งานบังคับใช้กฎหมายและงานเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 6 คนจาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 60

7. กลุ่มงานคุ้มครองฯ มีวัฒนธรรมในการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Shared value)

เนื่องจาก พนักงานเจ้าหน้าที่และบุคลากรในกลุ่มงานมีความคิดร่วมกันในการปกป้องคุ้มครองผู้บริโภค จึงเป็นแนวทางให้ร่วมกันดำเนินงานด้านการดำเนินคดีที่ตรงไปตรงมาโดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากที่สุด 4 คน จาก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40

3.2 ปัญหาในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอาง ได้แก่

1. จำนวนบุคลากรที่มีความพร้อมในด้านการดำเนินคดีมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคมีจำนวนเรื่องร้องเรียนและดำเนินคดีเปรียบเทียบปรับจำนวนมาก โดยในปี 2555 – 2557 มีเรื่องร้องเรียน จำนวน 111, 105 และ 97 เรื่องตามลำดับ และมีคดีเปรียบเทียบปรับ จำนวน 162, 39 และ 78 คดีตามลำดับ

2. เรื่องร้องเรียนที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ รับผิดชอบนั้น มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร เงินและอุปกรณ์ ในการสืบหาข้อเท็จจริงรวบรวมพยานหลักฐานในการดำเนินคดี

3. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจในด้านกฎหมาย โดยเฉพาะเภสัชกร ยังขาดความรู้ในด้านกฎหมายโดยเฉพาะกฎหมายพิจารณาความอาญา จึงต้องใช้การประสานงานทั้งตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษาในการดำเนินคดี

3.3 แนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องสำอาง ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในการส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรในการเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้านการดำเนินคดี

2. การจัดโครงสร้างองค์กร ให้มีผู้รับผิดชอบและประสานงานเรื่องร้องเรียนที่ชัดเจน

3. การสร้างเครือข่ายเรื่องร้องเรียนระดับอำเภอ เพื่อการประสานงานจัดการเรื่องร้องเรียน

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่กับปัจจัยทั้ง 7

ปัจจัยของ McKinsey พบว่า ความสำเร็จนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลทฤษฎีภูมิคือ แนวคิดของ McKinsey 7S Framework (พัทธรังษ วัฒนสินธุ์และพสุ เทชะรินทร์, 2542) โดยปัจจัยความสำเร็จใน 3 อันดับแรก คือ

1. ลักษณะแบบแผนหรือพฤติกรรมในการบริหารงานของผู้บริหารระดับสูง (Style) จัดเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญมาก ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5 ผู้บังคับบัญชาซึ่งมีประสบการณ์ในงานด้านการบังคับใช้กฎหมาย ทำให้เข้าใจขอบการทำงานและความยุ่งยากซับซ้อนที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งการที่ผู้บังคับบัญชามีความสามารถในการประสานงานได้หลากหลายองค์กร เพื่อสนับสนุนให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายได้นั้น จึงเป็นส่วนสำคัญยิ่ง เช่น การประสานงานกับตำรวจ หากไม่มีการประสานงานเป็นเครือข่ายร่วมมือกันที่ดี จะนำมาซึ่งอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ สายล่อซื้อ เงินในการล่อซื้อ ทิมสืบสวน เป็นต้น ผู้บังคับบัญชาจึงมีส่วนสำคัญในการผลักดันงานในด้านดำเนินคดีเป็นอย่างดี รวมถึงแนวทางการบริหารงานของผู้บังคับบัญชาที่ให้อิสระในการทำงานและการตัดสินใจ ทำให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น โดยให้ข้อเสนอแนะในการทำงานเป็นระยะ ปัจจัยที่มีความสำคัญรองลงมา

2. สมาชิกในองค์กร (Staff) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.9 โดยบุคลากรที่มีทักษะในการทำงานนั้นก็เป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญ การที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมจากหลักสูตรวิชาการ การแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการดำเนินคดี และการได้ปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินคดีด้วยตนเอง จะเป็นการเพิ่มทักษะในการทำงานมากขึ้น รวมทั้งการทำงานร่วมกันเป็นทีมและมีการจัดแบ่งหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการทำงานที่ชัดเจน เช่น ทีมจัดการด้านเอกสาร ทีมค้นหารวบรวมหลักฐาน ทีมพบมวลชน ทีมข้อกฎหมาย เป็นต้น หากเจ้าหน้าที่ชัดเจนการได้มาซึ่งหลักฐานและการดำเนินคดีจะสามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วง และในปัจจัยรองลงมา

3. ระบบในการดำเนินงานขององค์กร (System) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ซึ่งระบบที่ดีก็จะทำงาน

บรรลุเป้าหมาย โดยการนำข้อมูลเบื้องต้นจากเรื่องราว
เรียนหรือเรื่องแจ้งเบาะแส หรือ INPUT มากลั่นกรองและ
วิเคราะห์ว่ามีความถูกต้อง แม่นยำและพอเพียงหรือไม่
แล้วจึงเข้าสู่กระบวนการขั้นตอนหรือ PROCESS เพื่อขอ
อนุมัติผู้บังคับบัญชา เพื่อวางแผนการดำเนินการต่อไป
เช่น การประสานงานหน่วยงานภายนอก การประสาน
งานทีมงานภายใน เป็นต้น และผลลัพธ์ที่ได้หรือ
OUTPUT คือ ความสำเร็จในการดำเนินคดี ร่วมกับปัจจัย
อื่นๆ ได้แก่ กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) ความรู้ความ
สามารถขององค์กร (Skill) โครงสร้างองค์กร (Structure)
และค่านิยมร่วมกันของสมาชิกในองค์กร (Shared
value) ก็มีส่วนสนับสนุนในการดำเนินคดีให้สำเร็จลุล่วง
เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพร คำไม้ (2551)
ซึ่งได้สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการความ

ปลอดภัยด้านยานั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง
เพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของ
ปัจจัยทั้ง 7 ประการ

ข้อเสนอแนะ

1. การกำหนดให้การดำเนินงานด้านการร้องเรียน
และดำเนินคดีเป็นตัวชี้วัดผลความสำเร็จการดำเนินงาน
ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
2. เพิ่มกลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจ การกระตุ้น
สำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านการอบรมอย่างน้อยปีละ
1-2 ครั้ง
3. การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดทำเครือข่าย
การจัดการเรื่องราวร้องเรียนระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีจากผู้ร่วม
งานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เชียงใหม่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- พัทตร์ผจง วัฒนสินธุ์ และ พสุ เดชะรินทร์. การจัดการเชิงกลยุทธ์และนโยบายธุรกิจ. คณะพาณิชยศาสตร์และ
การบัญชี. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542:161-166.
- วาทัญญู ประยูรหงส์และวรรณพร แพทย์เกาะ. การตรวจสอบผลากและสารอันตรายในเครื่องสำอางเพื่อผิวกายขาว
ในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต.
คณะเภสัชศาสตร์: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
- สลิลลา ชันทะฮ้อ. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล: กรณีศึกษา โรงพยาบาลเชียงราย
ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต.คณะบริหารธุรกิจ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2545.
- สาธารณสุข, กระทรวง. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา;
2553(5).
- อัมพร คำไม้. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลดอยสะเก็ด
จังหวัดเชียงใหม่. ระดับชำนาญการพิเศษ; 2551.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด
ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
Factors affected to Birth Asphyxia in Nakornping Hospital,
Chiang Mai Province

นางเยาว์ สุวรรณกันทา พ.บ. ว.ว.

Nongyao Suwankanta

M.D.

สูตินรีเวชวิทยา Dip Thai Board Obstetric & Gynecology,
โรงพยาบาลนครพิงค์ Nakornping Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิดในโรงพยาบาล นครพิงค์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ที่คลอดบุตรมี Apgar score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จำนวน 84 ราย และสุ่มอย่างง่ายแบบมีระบบ ในมารดาที่คลอดบุตรมี Apgar score มากกว่า 7 จำนวน 168 ราย รวมทั้งหมด 252 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงทางมารดา การคลอดและทารก ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บจากเวชระเบียนผู้ป่วยคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Fisher's Exact Test ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในการกปรกกำเนิด คิดเป็น 54.79 รายต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด การได้รับยาระงับปวด การคลอดที่ส่วนนำไม่ใช่ศีรษะ ภาวะทารกติดไหล่ ภาวะสายสะดือถูกกด ทารกอยู่ในภาวะเครียด มีภาวะความดันโลหิตสูง ทารกเพศชาย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแฝดสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : ภาวะขาดออกซิเจนของการกปรกกำเนิด ทารกปรกกำเนิด คะแนนแอฟการ์ คลอดก่อนกำหนด คลอดครบกำหนด คลอดเกินกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกอยู่ในภาวะเครียด

Abstract

This research is retrospective analysis aimed to investigate the incidence of Birth asphyxia and the factors that affected to asphyxia in newborn. Collected data of mother who were born baby that APGAR score at 1 minuted ≤ 7 , 84 cases and APGAR score > 7 , 168 cases, totally 252 cases. The data was concerned about demographical data and the Birth asphyxia factor such as mother, labor and newborn between January 1st to June 30th, 2013. The data analyses performed number, percentage and Fisher's Exact Test. The results showed that the incidence of Birth asphyxia 54.79/1000 of newborn. Maternal hypertension, sedation, non-vertex delivery, shoulder dystocia, Umbilical cord compression, fetal distress, male newborn, preterm labor and twin is significant to Birth Asphyxia.

Keywords : Birth Asphyxia, Newborn, APGAR score, Preterm, Term, Postterm, Intrauterine growth retardation (IUGR), Fetal distress

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและภาวะทุพพลภาพของทารก ซึ่งอาจจะเกิดได้กับทารกในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและระยะหลังคลอด ส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงก่อนคลอดและขณะคลอด (Agata Y. *et al.*, 1995) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิด หมายถึงภาวะที่มีการลดลงของการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในระบบทางเดินหายใจของทารก ส่งผลให้เกิดความเป็นกรด (acidosis) เกิดความผิดปกติของระบบประสาทเช่น ชัก ซึมลง แขนขาอ่อนแรง ความผิดปกติของระบบหัวใจ ทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ตับ ไตทำงานผิดปกติและอาจทำให้ทารกเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น หรือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในระยะยาวไปตลอดชีวิต (Cunningham *et al.*, 2010) ซึ่งการขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดเกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ สาเหตุจากมารดา สาเหตุจากการคลอด และสาเหตุจากทารก (เยื่อนันตินันท์, 2551)

แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ตัวชี้วัดและเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กตั้งเป้าหมายให้การขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิดไม่เกิน 30 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10, 2550) ในโรงพยาบาล นครพิงค์พบการขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิด มากกว่า 50 ต่อพันทารกเกิดมีชีพต่อเนื่องหลายปี (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. 2557) อุบัติการณ์สูงกว่าเกณฑ์ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกปรีกำเนิดจึงยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งหาทางแก้ไข โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปรีกำเนิด โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาและทารกที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ทารกแรกคลอดที่มี APGAR Score ที่ 1 นาทึ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ซึ่งองค์การอนามัยโลก

(World Health Organization, 1993) แบ่งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็น 2 ระดับ คือ แบบรุนแรงคือมี APGAR Score ที่ 1 นาทึ เท่ากับ 0-3 แบบ ปานกลางหรือเล็กน้อย คือมี APGAR Score ที่ 1 นาทึเท่ากับ 4-7 และกลุ่มควบคุมคือทารกแรกคลอดที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน โดยมี APGAR Score ที่ 1 นาทึ เท่ากับ 8-10 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (Cochran, 1953)

$$n = Z^2PQ/d^2$$

$$Z = 1.96$$

$P =$ สัดส่วนที่รายงานไว้ = 0.058 (อัตรา
การเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารก ปรีกำเนิด ปี 2555 คือ
58 ต่อพันการคลอดมีชีพ)

$$Q = 1-P$$

$$d = 0.05$$

$$\text{แทนค่า } n = 84$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย กลุ่มควบคุม 168 ราย
รวมเป็น 252 ราย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical research) จากข้อมูลในเวชระเบียนมารดาคลอด เลือกลุ่มตัวอย่างทุกรายจำนวน 84 ราย และกลุ่มทารกปกติสุ่มแบบมีระบบจำนวน 168 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ การตั้งครรภ์ครั้งที่ อายุครรภ์ ความเข้มข้นเลือด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การตกเลือดก่อนคลอด ไข้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงการคลอด ปัญหาหระหว่างรอคลอด และปัญหาทารกหลังคลอด แบ่งระดับความรุนแรงภาวะรุนแรงมากคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทึเท่ากับ น้อยกว่า 3 แบบปานกลางหรือเล็กน้อยคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทึเท่ากับ 4-7 และกลุ่มปกติคะแนนแอฟการ์ที่ 1 นาทึเท่ากับ 8-10

นำข้อมูลที่บันทึกได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่
จำนวน ร้อยละ

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) เปรียบ
เทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติได้แก่ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
อยู่ในกลุ่มอายุ 21-34 ปี ร้อยละ 71 รองลงมาคืออายุ

มากกว่า 35 ปีและอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 15.5 และ
13.5 ตามลำดับ ส่วนมากมีเชื้อชาติไทยร้อยละ 65.5
เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์
ครบกำหนด ร้อยละ 78.2 มารดามีความเข้มข้นเลือด
ปกติ ร้อยละ 86.9 วิธีการคลอดธรรมชาติและผ่าตัด ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 46.4 และ 44.8 ส่วนการคลอดด้วยวิธี
อื่น พบเป็นส่วนน้อย ร้อยละ 8.7 และทารกร้อยละ 77
มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม ดังรายละเอียด
ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาที่คลอดบุตร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20	34	13.5
20-34	179	71.0
≥ 35	39	15.5
เชื้อชาติ		
ไทย	165	65.5
ต่างด้าว	87	34.5
ครรภ์ที่		
ครรภ์แรก	105	41.7
ครรภ์ที่สอง	89	35.3
มากกว่าครรภ์ที่สาม	58	23.0
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
0-36	55	21.8
มากกว่า 37	197	78.2
ความเข้มข้นเลือด		
<ร้อยละ 33	33	13.1
≥ร้อยละ 33	219	86.9
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอดปกติ	117	46.4
ผ่าตัดคลอด	113	44.8
วิธีอื่น ๆ	22	8.7
(เครื่องดูด คีม หรือการคลอดท่าก้น)		
น้ำหนักแรกคลอด		
<2,500 กรัม	56	22.2
≥2,500 กรัม	196	77.8

2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบเป็น 54.79 ต่อหนึ่งพันการคลอดมีชีพ แยกเป็นรุนแรง ปานกลาง หรือเล็กน้อย 65 ราย (77%) รุนแรงมาก 19 ราย (23%)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางมารดากับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
มารดาการตกเลือดก่อนคลอด				
ไม่มี	18(94.7)	63(96.9)	167(99.4)	0.079
มี	1(5.3)	2(3.1)	1(6)	
มารดามีไข้ก่อนคลอด				
ไม่มี	19(100)	60(92.3)	165(98.2)	0.079
มี	0(0)	5(7.7)	3(1.8)	
มารดาเป็นเบาหวาน				
ไม่มี	19(100)	64(98.5)	168(100)	0.33
มี	0(0)	1(1.5)	0(0)	
มารดาเป็นความดันโลหิตสูง				
ไม่มี	16(84.2)	53(81.5)	165(98.2)	0.00*
มี	3(15.8)	12(18.5)	3(1.8)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (Fisher's Exact test)

ผลการศึกษาพบว่า การคลอดที่ส่วนนำไม่ใช่ท่าศีรษะ การได้รับยาระงับปวด ทารกคลอดติดไหล่ สายสะดือถูกกด (Prolapsed Cord) และทารกอยู่ในภาวะเครียด (Fetal distress) สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง แบบปานกลางหรือเล็กน้อย และแบบปกติจากการคลอดไม่ใช่

ผลการศึกษาพบว่ามารดามีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.00$) ส่วนภาวะมารดาตกเลือดก่อนคลอด มีไข้ และเป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด ดังแสดงในตารางที่ 2

ท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ร้อยละ 42.1, 15.4 และ 7.1 การได้ยาระงับปวด ร้อยละ 5.3, 1.5 และ 0 ภาวะทารกติดไหล่ ร้อยละ 0, 4.6 และ 0 ภาวะสายสะดือถูกกด ร้อยละ 0, 10.8 และ 6 และทารกอยู่ในภาวะเครียด ร้อยละ 26.3, 24.6 และ 4.2 ตามลำดับ ส่วนภาวะผิวดำส่วนระหว่างศีรษะกับเชิงกรานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางการคลอดกับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
ภาวะผิวด้านระหว่างศีรษะกับเชิงกราน				
ไม่มี	15(78.9)	53(81.5)	136(82.4)	0.863
มี	4(21.1)	12(18.5)	29(17.6)	
คลอดส่วนนำไม่ใช่ท่าศีรษะ				
ไม่มี	11(57.9)	55(84.6)	156(92.9)	0.000*
มี	8(42.1)	10(15.4)	12(7.1)	
การได้รับยาระงับปวด				
ไม่ได้	18(94.7)	64(98.5)	168(100)	0.044*
ได้	1(5.3)	1(1.5)	0(0)	
ภาวะทารกติดไหล่				
ไม่มี	19(100)	62(95.4)	168(100)	0.047*
มี	0(0)	3(4.6)	0(0)	
ภาวะสายสะดือถูกกด				
ไม่มี	19(100)	58(89.2)	167(99.4)	0.001*
มี	0(0)	7(10.8)	1(6)	
ทารกอยู่ในภาวะเครียด				
ไม่มี	14(73.7)	49(75.4)	161(95.8)	0.000*
มี	5(26.3)	16(24.6)	7(4.2)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ P < 0.05 (Fisher's Exact test)

ผลการศึกษาพบว่าทารกเพศชาย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแฝดสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง แบบปานกลางถึงเล็กน้อย และแบบปกติ พบในทารกเพศชาย

ร้อยละ 84.2, 53.8 และ 50 ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 68.4, 33.8 และ 8.9 ทารกแฝด ร้อยละ 21.1, 0 และ 0 ตามลำดับ ส่วนทารกคลอดเกินกำหนด ทารกคลอดน้ำหนักน้อย และทารกผิดปกติไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางทารกกับภาวะขาดออกซิเจนของทารกปริกำเนิด

ตัวแปร	การเกิดภาวะขาดออกซิเจน			P
	รุนแรง(%)	เล็กน้อย(%)	ไม่เกิด(%)	
เพศทารก				
ชาย	16(84.2)	35(53.8)	84(50.0)	0.016
หญิง	3(15.8)	30(46.2)	84(50.0)	
ทารกคลอดก่อนกำหนด				
ไม่มี	6(31.6)	43(66.2)	153(91.1)	0.000*
มี	13(68.4)	22(33.8)	15(8.9)	
ทารกคลอดเกินกำหนด				
ไม่มี	19(100)	63(96.9)	167(99.4)	0.360
มี	0(0)	2(3.1)	1(0.6)	
ทารกคลอดน้ำหนักน้อย				
ไม่มี	18(94.7)	62(95.4)	165(98.2)	0.264
มี	1(5.3)	3(4.6)	3(1.8)	
ทารกแฝด				
ไม่แฝด	15(78.9)	65(100)	167(99.4)	0.000*
แฝด	4(21.1)	0(0)	1(0.6)	
ทารกผิดปกติ				
ไม่มี	18(94.7)	63(96.9)	166(98.8)	0.149
มี	1(5.3)	2(3.1)	2(1.2)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (Fisher's Exact test)

วิจารณ์และอภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือน 1 มกราคม – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบเป็น 54.79 ต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ ใกล้เคียงกับข้อมูลในปีงบประมาณ 2555 พบเป็น 58.33 ต่อหนึ่งพันทารกคลอดมีชีพ (แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่, 2557)

มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อยร่วมด้วย สอดคล้องกับสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ คือ มารดาที่มี

ความเสี่ยงสูงต่อการคลอดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน จะมีประวัติโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ โรคหัวใจ โรคไทรอยด์เป็นพิษและโรคหอบที่ซึ่งมีอาการอยู่ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2542) และมารดาที่มีความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการเกิดทารกขาดออกซิเจนปริกำเนิด มากกว่ากลุ่มความดันปกติ (บรรพจน์ สุวรรณชาติ, 2547)

การคลอดไม่ใช่ศีรษะเป็นส่วนนำ หากคลอดทางช่องคลอดจะพบปัญหาการช่วยคลอดศีรษะช้า ปริมาณน้ำคร่ำเหลือน้อยมาก หรือสายสะดือโผล่ย้อยก่อนทารกคลอด การคลอดท่าก้นพบบ่อยในรายคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อย บางครั้งผู้ช่วยมาถึงโรงพยาบาลช้า การช่วยคลอดท่าก้นทางช่องคลอดจึงเพิ่มการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนที่พบว่าส่วนนำของทารกเป็นกัน (ชญาศักดิ์ พิศวร และคณะ, 2554)

การได้รับยาระงับปวดของมารดาส่งผลให้เกิดการกดระบบหายใจของทารก (ชญาศักดิ์ พิศวร และคณะ, 2554) ทั้งนี้สัมพันธ์กับปริมาณยาที่ได้รับ

ภาวะสายสะดือถูกด (Prolaped Cord) (Linda Hogana *et al.*, 2007) ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองทารกได้ลดลง อาการแสดงที่พบคือหัวใจทารกเต้นช้าลงเกิดภาวะทารกเครียด (Fetal distress) ซึ่งอาจถ่ายซีเทาออกมา ซึ่งถ้าไม่รีบช่วยให้คลอดทารกจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ จากข้อมูลยังพบภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดแบบรุนแรง และแบบปานกลางถึงน้อยมาก ร้อยละ 73.7 และ 75.4 ในรายที่ไม่สามารถวินิจฉัยทารกอยู่ในภาวะเครียดก่อนคลอด อาจแสดงถึงการดูแลในห้องคลอด หรือการอ่านผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง จึงควรทบทวนเมื่อพบปัญหาเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ

ทารกคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตของปอดยังไม่สมบูรณ์ บางครั้งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเช่นเดียวกับทารกแฝด ซึ่งมักคลอดก่อนกำหนด (ฐิติพร สิริวรชัย และคณะ, 2546) ในงานวิจัยนี้ข้อมูลครรภ์แฝดคลอดก่อนกำหนดทุกราย สาเหตุจึงน่าจะเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด

ภาวะทารกคลอดติดไหล่พบในทารกตัวโต มารดาเป็นเบาหวาน วินิจฉัยได้เมื่อหลังจากศีรษะทารกคลอดนานมากกว่า 1 นาที ถ้าไม่สามารถคลอดไหล่และตัวทารกออกมาได้จะทำให้ทารกขาดออกซิเจนและรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (ประนอม บุพศิริ, 2554) ในการศึกษาี้ทารกคลอดติดไหล่ บางส่วนไม่ใช่ทารกตัวโต ถ้าแก้ไขเรื่องเทคนิคการช่วยคลอดน่าจะลดปัญหานี้ได้

เพศทารก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยและพบการ

คลอดทารกเพศชายมากกว่าหญิง เพศทารกจึงไม่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด

ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่นการตกเลือดก่อนคลอด มารดามีไข้ระหว่างคลอดหรือเป็นเบาหวาน ไม่ได้ทำการศึกษาในการศึกษานี้แยกข้อมูลทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย(IUGR) ออกจากกันเพื่อแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าทารกน้ำหนักตัวน้อยแต่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอาจไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดได้

ข้อเสนอแนะ

ในโรงพยาบาลนครพิงค์ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิดเป็นปัญหาที่สำคัญพบมากกว่าเกณฑ์ บางครั้งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทำกัน และการคลอดทำกันทางช่องคลอด ซึ่งบางสาเหตุสามารถป้องกันแก้ไขได้ ควรมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลของโรงพยาบาลเครือข่ายตั้งแต่ขณะฝากครรภ์ ประเมินความเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง การตรวจหน้าท้องทำส่วนนำ ทารกโตหรือเล็กกว่าอายุครรภ์หรือครรภ์แฝดเพื่อส่งปรึกษาสูติแพทย์ในการวางแผนการดูแลทั้งระยะก่อนคลอดและระยะคลอด คัดกรองเบาหวาน ฝึกให้สังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรีบมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ให้ยาระงับปวดหลังตัดสายสะดือ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับบุคลากรควรฝึกหลักการต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ การใช้เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการแปลผลอย่างถูกต้อง การช่วยคลอดกรณีติดไหล่ การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ประสานกุมารแพทย์รับเด็กในรายที่มีความเสี่ยง และเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่แท้จริงจึงควรมีการศึกษาแต่ละปัจจัยโดยละเอียดต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิรัช พันธุ์พานิช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ที่อนุญาตให้ศึกษาและนำเสนอผลการศึกษานี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลนครพิงค์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องคลอด และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

และขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่เป็นพี่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2550
- ชญาศักดิ์ พิศวง ปริศนา พานิชกุล. ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด. เวชสารแพทย์ ทหารบก. 2554; 64:109-19
- จิตติพร สิริวรชัยชัย อรวรรณ รุจิรกุล บานเย็น แสนเรียน ทศนิวรรณ โพธิ์หนูด. ติดตามผลการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร.2546; 27(3):172-88
- แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) กลุ่มงานสูติ – นรีเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. 2557. เอกสารเผยแพร่
- บรรพต สุวรรณชาติ. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2547; 9(4):233-240
- ประนอม บุพศิริ. คลอดติดไหล่. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2554; 26(1):64-69
- เยื่อน ต้นตินันต์. 2551. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกปริกำเนิด, 305-21
- Agata Y, Hiraishi A, Misawa H, et al. Hemodynamic adaptations at birth in neonates delivered vaginally and cesarean section. Biol Neonate 1995: 68:404-11
- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong.Williams Obstetrics. United states of America: The McGraw-Hill Companies, 2010; 410-440
- Linda Hogan, Ingemar Ingemarsson, Kristina Thorngren-Jerneck, Andreas Herbst. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 130 (2007) 169–175
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems.10th revision, 1993.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน

ภณิดา คำธิตา

Phanida Khamthita

งานธนาคารเลือด กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก
โรงพยาบาลลำพูน

Blood Bank Unit,
Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิตโรงพยาบาลลำพูน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริจาคโลหิต ที่สมัครใจบริจาคโลหิตให้กับ งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน ทั้งการรับบริจาคโลหิตในโรงพยาบาล และการบริจาคให้หน่วยบริการเคลื่อนที่ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 10 ตุลาคม 2557 จำนวน 160 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (chi – square and Fisher Exact test) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.5 อายุระหว่าง 21 – 30 ปีร้อยละ 45 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.9 จบการศึกษามากกว่าปริญญาตรีร้อยละ 36.9 อาชีพรับจ้างร้อยละ 60.6 น้ำหนัก 56 – 65 กิโลกรัม ผู้บริจาคมีโลหิตหมู่โอมากที่สุด และเคยบริจาคโลหิตมาก่อนจำนวน 2 – 10 ครั้ง บริจาคโลหิตในเมื่อมีการจัดโครงการรณรงค์บริจาคโลหิต เหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจบริจาคโลหิตส่วนใหญ่ ต้องการช่วยเหลือสังคมและเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมที่ควรช่วยกันบริจาคโลหิตร้อยละ 73.1 รองลงมาเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงร้อยละ 60.0 ผู้บริจาคโลหิต มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิตในระดับมาก

ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต พบว่า ในภาพรวม ผู้บริจาคโลหิต มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับสูง โดยมีความรู้เป็นอย่างไรว่า ภายหลังบริจาคโลหิต ควรดื่มน้ำหรือหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมาก หลังบริจาคโลหิตเสร็จ ไม่ควรลุกขึ้นทันที เพราะอาจหน้ามืด เป็นลม หรือหกล้มได้ ไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอม ขณะบริจาคโลหิต ก่อนวันบริจาคโลหิต ควรดื่มน้ำ 3-4 แก้ว หรือน้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เป็นต้น

แนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ พบว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่ร้อยละ 71.3 มีแนวโน้มที่จะกลับมาบริจาคโลหิตในครั้งต่อไป และจะแนะนำให้บุคคลอื่น เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว ให้มาบริจาคโลหิตกับงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน มากถึงร้อยละ 95.0

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต ที่โรงพยาบาลลำพูน พบว่า น้ำหนักตัว จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต ระยะเวลาการบริจาคโลหิต ความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิต และความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวบริจาคโลหิต มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน

คำสำคัญ : การบริจาคโลหิต ผู้บริจาคโลหิต

ABSTRACT

The objective of this study was to identify determinants of repeated blood donation among blood donors who were served by the health personnel in Lamphun Hospital. It was a descriptive study and using a questionnaire for collecting the information from 160 blood donors who voluntarily donated their blood and were served by the Blood Bank Unit of Lamphun Hospital, both hospital-based service and mobile service, from 1 September – 10 October 2014. The data was analyzed by descriptive Statistics (frequency, percentage, mean) and Inferential Statistics (Chi-square and Fisher Exact test). The results were summarized as follows:

The majority of blood donors were female (52.5%), 21-30 years of age (45%), married (56.9%), received at least bachelor's degrees (36.9%), employee (60.6%), 56-65 kilograms of body weight. The O blood group was the highest proportion and the 2-10 times of experienced donation was the most common. The main occasion of their blood donation was a blood donation campaign. The reasons of blood donation were to the society and the social responsibility that should help to donate blood (73.1%) and To have healthy (60.0%). Overall, they were highly satisfied with the blood donation officers' service.

In terms of blood donation knowledge, it indicated that blood donors, in general, had knowledge involving blood donation at the high level. They knew well that after donating blood, heavy exercise should be avoided, and also rapidly standing up should be avoided because this might cause fainting, or falling. Blood donors should not chew gum or eat candies while they were donating. Before the donation day, blood donors should drink extra 3-4 glasses of water, juice, milk or soft drink.

According to the trend of repeated blood donation, it showed that most of the donors (71.3%) tended to repeatedly donate blood in the future (95.0%). If they had a chance, they would introduce someone else to donate blood at the Blood Bank Unit in Lamphun Hospital.

Regarding the analysis of factors affecting the repeated blood donation in Lamphun Hospital, the results showed that body weight, the number of times of blood donation, satisfaction from the Blood Bank service, and the knowledge of blood donation preparation were associated with the repetition of blood donation that was served by the blood bank unit, Lamphun Hospital.

Keyword : blood donation, blood donors

บทนำ

โรคไข้เป็นสิ่งที่มีความเปรียบเหมือนอวัยวะหนึ่งของร่างกายที่มีค่าสูงสุด ไม่สามารถประเมินค่าได้ อีกทั้งมีความสำคัญต่อการรักษาทางการแพทย์ การจัดหาโรคไข้มาใช้ในการรักษาควรได้มาด้วยการบริจาคจากผู้ที่มีประสงค์จะบริจาคโรคไข้ และต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ได้คุณภาพของโรคไข้ (quality assurance) ก่อนที่จะนำไปให้กับผู้ป่วยได้ (คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550)

การคาดประมาณการใช้โรคไข้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ได้กำหนดว่าปริมาณการใช้โรคไข้คือร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมดต่อปี ซึ่งประเทศไทยมีประชากร 63 ล้านคน ดังนั้นการจัดหาโรคไข้ขั้นต่ำสุดควรจะได้ 1.26 ล้านยูนิตต่อปี ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการจัดหาโรคไข้ได้ 1.60 ล้านยูนิตต่อปีแล้วก็ตามแต่ยังไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีความต้องการโรคไข้มากถึง 1.75 ล้านยูนิตต่อปี หรือต้องมีการสำรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมด แสดงว่ายังขาดโรคไข้อีกประมาณ 150,000 ยูนิตต่อปี ซึ่งถือเป็นภาระหน้าที่ของศูนย์บริการโรคไข้แห่งชาติ สภาวิชาชีพไทย สาขาบริการโรคไข้ต่างๆ รวมถึงงานธนาคารเลือดของแต่ละโรงพยาบาลที่ต้องจัดหาโรคไข้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ศูนย์บริการโรคไข้แห่งชาติ สภาวิชาชีพไทย, 2556)

สำหรับจังหวัดลำพูน ในปี 2556 มีประชากร 404,560 คน (ข้อมูลจาก กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) พบว่า การจัดหาโรคไข้จะต้องมีการสำรองปีละ 12,137 ยูนิตขึ้นไป แต่ในปัจจุบันจัดหาได้เพียง 11,486 ยูนิตเท่านั้นซึ่งยังไม่เพียงพอ จากข้อมูลของงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน พบว่า ในปี 2554 มีการจัดหาโรคไข้ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ยอดจัดหาโรคไข้ได้จำนวน 11,142 ยูนิต ปริมาณโรคไข้ที่ผู้ป่วยต้องการใช้จำนวน 11,546 ยูนิต ไม่สามารถจ่ายตามใบขอโรคไข้จำนวน 404 ยูนิต (ร้อยละ 3.49) ปี 2555 ยอดการจัดหาโรคไข้ได้จำนวน 10,975 ยูนิต ปริมาณโรคไข้ที่ผู้ป่วยต้องการใช้ จำนวน 11,396 ยูนิต ไม่สามารถจ่ายตามใบขอโรคไข้ จำนวน 421 ยูนิต (ร้อยละ 3.69) และในปี

2556 จัดหาโรคไข้ได้จำนวน 11,486 ยูนิต ปริมาณโรคไข้ที่ผู้ป่วยที่ต้องการใช้จำนวน 12,028 ยูนิต ไม่สามารถจ่ายตามใบขอโรคไข้จำนวน 542 ยูนิต (ร้อยละ 4.50) (งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน, 2557)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การจัดหาโรคไข้ที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ จึงเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่มีบทบาท หน้าที่ตามภารกิจต้องจัดหาโรคไข้ให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ แนวทางแก้ไขปัญหาคือ เพิ่มจำนวนผู้บริจาคโรคไข้ การกระตุ้นผู้บริจาคให้เพิ่มจำนวนครั้งของการบริจาคโรคไข้ และการรักษา/คงไว้ซึ่ง จำนวนผู้บริจาคโรคไข้รายเก่า เนื่องจากโรคไข้ของผู้บริจาคโรคไข้รายเก่าจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อต่ำกว่าผู้บริจาคโรคไข้รายใหม่ (เกษศิริ ยุวะหงส์ และชัยเวช นุชประยูร, 2549) นอกจากนี้การบริจาคโรคไข้เป็นประจำจะทำให้ผู้บริจาคมีความสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อยลง ช่วยให้รัฐสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนลดลง (คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550)

ดังนั้น การกระตุ้นให้ประชาชนไปบริจาคโรคไข้มากขึ้นจะส่งผลดีต่อทั้งตัวผู้บริจาคเองและต่อรัฐด้วย ซึ่งถ้าผู้บริจาคโรคไข้กลับมาบริจาคโรคไข้บ่อยขึ้นและไม่เลิกบริจาคโรคไข้ จะช่วยลดความขาดแคลนโรคไข้ลงได้ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโรคไข้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มจำนวนผู้บริจาคโรคไข้ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโรคไข้ซ้ำในผู้บริจาคโรคไข้ โรงพยาบาลลำพูน ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาวินิจฉัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานในด้านการรับบริจาคโรคไข้ของงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน ทั้งในด้านการพัฒนาวิธีการหรือกลยุทธ์ในการคงไว้ซึ่งจำนวนผู้บริจาคโรคไข้รายเก่า เพิ่มจำนวนผู้บริจาครายใหม่ การจูงใจให้ผู้บริจาคเพิ่มจำนวนครั้งการบริจาคโรคไข้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มปริมาณโรคไข้ ลดความขาดแคลน และทำให้มีโรคไข้ที่มีคุณภาพดีใช้อย่างสม่ำเสมอ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มุ่งที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารีจาคโลหิตซ้ำในผู้ป่วยโรคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้บริจาคโลหิต ที่สมัครใจบริจาคโลหิต ให้งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 10 ตุลาคม 2557 จำนวน 160 คน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นช่วงที่ไม่มีวันสำคัญทางศาสนา หรือวันเฉลิมพระชนมพรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและพระราชินีฯ/ เทศกาล ในการรณรงค์การบริจาคโลหิต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ผลการทดสอบโดยรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.78 ในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้บริจาคโลหิต ข้อมูลพฤติกรรมการบริจาคโลหิต ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคโลหิต และแนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิต ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อ

การกลับมารีจาคโลหิตซ้ำในผู้ป่วยโรคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ (chi – square and Fisher Exact test)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้บริจาคโลหิต

ผู้บริจาคโลหิต จำนวน 160 คน เป็นเพศชายร้อยละ 47.5 เพศหญิง ร้อยละ 52.5 มีอายุ 21 - 30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.0 รองลงมา ได้แก่ อายุ 41 - 50 ปี และอายุ 31- 40 ปี ร้อยละ 24.0, 21.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.3 ระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 31.9, 16.3 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมา ได้แก่ ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 11.9, 10.6 ตามลำดับ ผู้บริจาคโลหิตมีน้ำหนัก 56-65 กิโลกรัมมากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมา ได้แก่ น้ำหนัก 46-55 กิโลกรัม และน้ำหนัก 66-75 กิโลกรัม ร้อยละ 28.8 , 17.5 ตามลำดับ ผู้บริจาคโลหิต มีหมู่โลหิตโอ (O) มากที่สุด ร้อยละ 43.8 รองลงมา ได้แก่ หมู่โลหิต เอ (A) และหมู่โลหิต บี (B) ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 23.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้บริจาคโลหิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=160)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	47.5
หญิง	84	52.5
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	15	9.4
21 – 30 ปี	72	45.0
31 – 40 ปี	34	21.3
41 – 50 ปี	39	24.0
สถานภาพ		
สมรส	91	56.9
โสด	55	34.4
หย่าร้าง/หม้าย	14	8.8
ศาสนา		
พุทธ	154	96.3
คริสต์	6	3.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	5.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	51	31.9
อนุปริญญา หรือ ปวส.	26	16.3
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	59	36.9
อาชีพ		
รับจ้าง	97	60.6
ค้าขาย	19	11.9
นักเรียน / นักศึกษา	17	10.6
ข้าราชการ	8	5.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	3.1
อื่นๆ (พระสงฆ์ เกษตรกร ว่างาน แม่บ้าน)	14	8.8
น้ำหนัก		
46 -55 กิโลกรัม	46	28.8
56- 65 กิโลกรัม	59	36.9
66 – 75 กิโลกรัม	28	17.5
76 กิโลกรัมขึ้นไป	27	16.9
หมู่โลหิต		
หมู่โลหิต เอ (A)	40	25.0
หมู่โลหิต บี (B)	37	23.1
หมู่โลหิต โอ (O)	70	43.8
หมู่โลหิต เอ บี (AB)	13	8.1

พฤติกรรมการบริจาคโลหิต

ผู้บริจาคโลหิต เคยบริจาคโลหิตมาก่อนจำนวน 2-10 ครั้งร้อยละ 46.9 รองลงมา ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต บริจาคครั้งแรก และ เคยได้บริจาคมาแล้ว 21 - 30 ครั้ง ร้อยละ 28.8, 14.4 ตามลำดับ ผู้บริจาคส่วนใหญ่บริจาค โลหิตร้อยละ 92.5 รองลงมาได้แก่ บริจาคทั้งโลหิตและ เกล็ดเลือด และบริจาคเฉพาะเกล็ดเลือด ร้อยละ 4.4 และร้อยละ 3.1 ตามลำดับ ระยะเวลาในการบริจาคโลหิต พบว่า ผู้บริจาคโลหิต ร้อยละ 37.5 เป็นผู้บริจาคโลหิตใน 1 ปี (ปีแรก) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ระยะเวลา 6 - 10 ปี 2 - 5 ปี และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.9, 26.3 และร้อยละ 9.4 ตามลำดับ เกินกว่าครึ่งมาบริจาคโลหิต คนเดียว ร้อยละ 55.0 รองลงมา ได้แก่ มาบริจาคโลหิต กับเพื่อน และมาบริจาคโลหิตกับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 25.6, 16.3 ตามลำดับ ผู้บริจาคโลหิต ร้อยละ

51.3 บริจาคโลหิตเมื่อมีการจัดโครงการรณรงค์บริจาค โลหิต รองลงมา ได้แก่ บริจาคตามความสะดวกของ ตนเอง และเมื่อทราบว่ามีการขาดแคลนโลหิตหรือมี ความต้องการโลหิตเร่งด่วน/ฉุกเฉิน ร้อยละ 42.5, 36.3 ตามลำดับ เหตุผลสำคัญที่ตัดสินใจบริจาคโลหิตส่วนใหญ่ ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นความรับผิดชอบต่อ สังคมที่ควรช่วยกันบริจาคโลหิตร้อยละ 73.1 รองลงมา เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และความรู้สึกภาคภูมิใจ จากการบริจาคโลหิต ร้อยละ 60.0 และ 55.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ผู้บริจาคโลหิตมีความพึงพอใจในภาพรวม ต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิตในระดับ มาก ร้อยละ 47.5 รองลงมา มีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุดและปานกลางร้อยละ 31.3, 21.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้บริจาคโลหิต จำแนกตามพฤติกรรมการบริจาคโลหิต

พฤติกรรมการบริจาคโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต		
บริจาคครั้งแรก	46	28.8
2 - 10 ครั้ง	75	46.9
11 - 20 ครั้ง	16	10.0
21 - 30 ครั้ง	23	14.4
ประเภทของการบริจาคโลหิต		
บริจาคโลหิต	148	92.5
บริจาคเฉพาะเกล็ดเลือด	5	3.1
บริจาคโลหิตหรือบริจาคเฉพาะเกล็ดเลือด	7	4.4
ระยะเวลาการบริจาคโลหิต		
ปีแรก (1 ปี)	60	37.5
2 - 5 ปี	42	26.3
6 - 10 ปี	43	26.9
> 10 ปีขึ้นไป	15	9.4
บุคคลที่มาบริจาคโลหิตด้วย		
ไปคนเดียว	88	55.0
เพื่อน	41	25.6
คนในครอบครัว	26	16.3
ญาติ	5	3.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้บริจาคโลหิต จำแนกตามพฤติกรรมการบริจาคโลหิต (ต่อ)

พฤติกรรมการบริหารจัดการโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โอกาสที่บริจาคโลหิต (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- เมื่อมีการจัดโครงการรณรงค์บริจาคโลหิต	82	51.3
- ตามความสะดวกของตนเอง	68	42.5
- เมื่อทราบว่ามีการขาดแคลนโลหิต หรือมีความต้องการโลหิตเร่งด่วน/ ฉุกเฉิน	58	36.3
- วันสำคัญต่างๆ ของทางราชการ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา เป็นต้น	33	20.6
- วันเกิดหรือวันสำคัญของครอบครัว	32	20.0
- วันสำคัญทางศาสนา	19	11.9
เหตุผลที่ตัดสินใจบริจาคโลหิต (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. ต้องการช่วยเหลือสังคม และเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมที่ควรช่วยกัน บริจาคโลหิต	117	73.1
2. เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	96	60.0
3. ได้รับความรู้สึภาคภูมิใจ จากการบริจาคโลหิต	88	55.0
4. รู้ว่ามีการขาดแคลนโลหิต หรือมีความต้องการใช้โลหิตเร่งด่วน/ฉุกเฉิน	80	50.0
5. ได้รับการตรวจเลือด และตรวจสุขภาพตนเองจากงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน	69	43.1
6. ได้รับข่าวสารการประชาสัมพันธ์เชิญชวนของงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน	59	36.9
7. ได้รับการชื่นชมจากผู้อื่น จากการบริจาคโลหิต เพื่อได้บุญกุศลจาก การช่วยเหลือชีวิตผู้อื่น	53	33.1
8. ได้รับสิทธิในการได้รับโลหิตทันทีเมื่อต้องการใช้ โลหิตฉุกเฉินเพื่อ รักษาพยาบาล	45	28.1
9. บุคคลใกล้ชิดชักชวน เช่น เพื่อน คนในครอบครัวญาติ	33	20.6
10. ได้รับของที่ระลึก เช่น แก้วน้ำ นาฬิกา เข็มที่ระลึก เหรียญกาชาด ฯลฯ	19	11.9
11. ได้รับส่วนลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัด สภากาชาดไทย	17	10.6

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้บริจาคโลหิต ที่มีต่อการบริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิต ธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน

พฤติกรรมบริการโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพึงพอใจในภาพรวม ต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิต		
พอใจมากที่สุด	50	31.3
พอใจมาก	76	47.5
พอใจปานกลาง	34	21.3

ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต

ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต พบว่าผู้บริจาคโลหิตมีความรู้ถูกต้องว่าภายหลังการบริจาคโลหิต ควรงดหรือหลีกเลี่ยงออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมาก ร้อยละ 94.4 หลังบริจาคโลหิตเสร็จไม่ควรลุกขึ้นทันที เพราะอาจหน้ามืด เป็นลม หรือหกล้มได้ ร้อยละ 93.1 และไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาคโลหิต ร้อยละ 92.5 และก่อนวันบริจาคโลหิต ควรดื่มน้ำ 3 - 4 แก้ว หรือน้ำผลไม้ นม น้ำหวาน ร้อยละ 91.9

ในส่วนของความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 50 ปีบริบูรณ์ สามารถบริจาคโลหิตได้ ร้อยละ 64.4 ผู้ที่เจาะหู หรือมีรอยสัก ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สามารถบริจาคโลหิตได้ ร้อยละ 54.4 และผู้ที่เคยมีประวัติติดยาเสพติดมาก่อนไม่สามารถบริจาคโลหิตได้ ร้อยละ 43.8 ผู้บริจาคโลหิตมีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตในระดับสูง ร้อยละ 59.4 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลางและมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.9 และร้อยละ 3.8 (ตารางที่ 4 และตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิต

ข้อความถาม เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ที่มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไป สามารถบริจาคโลหิตได้	149 (93.1%)	11 (6.9%)
2. ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 50 ปีบริบูรณ์ สามารถบริจาคโลหิตได้	57 (35.6%)	103 (64.4%)
3. ผู้ที่กำลังอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ระหว่างรับประทานยาแก้อักเสบหรือยาปฏิชีวนะ ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	124 (77.5%)	36 (22.5%)
4. ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดศีรษะ สามารถบริจาคโลหิตได้	96 (60.0%)	64 (40.0%)
5. ผู้ที่มีประวัติโรคตับอักเสบ หรือตีช่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	102 (63.8%)	58 (36.3%)
6. ผู้ที่ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ โรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน หรือโรคอื่นๆ ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	94 (58.8%)	66 (41.3%)
7. ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ หรือสำส่อนทางเพศ ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	117 (73.1%)	43 (26.9%)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้บริจาคโลหิต จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต (ต่อ)

ข้อความ เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8. ผู้ที่เจาะหู หรือมีรอยสัก ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา สามารถบริจาคโลหิตได้	73 (45.6%)	87 (54.4%)
9. การบริจาคโลหิตสามารถบริจาคได้ทุก 2 เดือน (ปีละ 6 ครั้ง)	106 (66.3%)	54 (33.8%)
10. ผู้ที่เคยมีประวัติติดยาเสพติดมาก่อน ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	90 (56.3%)	70 (43.8%)
11. สตรีที่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน ไม่สามารถบริจาคโลหิตได้	146 (91.3%)	14 (8.8%)
12. สตรีที่อยู่ในระหว่างให้นมบุตร สามารถบริจาคโลหิตได้	95 (59.4%)	5 (40.6%)
13. ก่อนวันบริจาคโลหิต ควรนอนหลับอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อเนื่อง	106 (66.3%)	54 (33.8%)
14. ก่อนวันบริจาคโลหิต ควรดื่มน้ำ 3-4 แก้ว หรือน้ำผลไม้ นม น้ำหวาน	147 (91.9%)	13 (8.1%)
15. ก่อนวันบริจาคโลหิต ควรบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง	147 (91.9%)	13 (8.1%)
16. ไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาคโลหิต	148 (92.5%)	12 (7.5%)
17. หลังบริจาคโลหิตเสร็จ ไม่ควรลุกขึ้นทันที เพราะอาจหน้ามืด เป็นลม หรือหกล้มได้	149 (93.1%)	11 (6.9%)
18. ภายหลังบริจาคโลหิต ควรงดหรือหลีกเลี่ยงออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมาก	151 (94.4%)	9 (5.6%)

ตารางที่ 5 ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตของผู้บริจาคโลหิต

ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับสูง	95	59.4
มีความรู้ในระดับปานกลาง	59	36.9
มีความรู้ในระดับต่ำ	6	3.8
รวม	160	100.0

แนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.0 แนะนำให้บุคคลอื่นมาบริจาค
ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่จะกลับมาบริจาคโลหิตให้ โลหิตกับงานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน ดังตาราง
ธนาคารเลือด รพ.ลำพูน ร้อยละ 71.3 และผู้บริจาคโลหิต ที่ 6
ร้อยละ 28.7 ไม่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ ผู้บริจาคโลหิต

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้บริจาคโลหิต จำแนกตามความคิดเห็นต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ

ความคิดเห็นต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โอกาสในอนาคตในการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ		
กลับมาบริจาคโลหิต	114	71.3
ไม่กลับมาบริจาคโลหิต	46	28.7
การแนะนำให้บุคคลอื่นมาบริจาคโลหิต กับงานธนาคารเลือด		
โรงพยาบาลลำพูน		
แนะนำ	152	95.0
ไม่แนะนำ	8	5.0

ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำใน ผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับแนวโน้มการกลับมาบริจาค
โลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน พบว่า เพศ
อายุ ระดับการศึกษา ภูมิโหดของผู้บริจาคไม่มีความ
สัมพันธ์กับแนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้
บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ และพบว่า น้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการ
กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาล
ลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริจาคกับแนวโน้ม
การกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาล

ลำพูน พบว่า จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต ระยะเวลาการ
บริจาคโลหิตจนถึงปัจจุบัน และความพึงพอใจโดยรวมต่อ
การให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาคโลหิตมีความ
สัมพันธ์กับแนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้
บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิตกับ
แนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรง
พยาบาลลำพูน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต
มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำใน
ผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน

ปัจจัย	จำนวนคนที่ มาบริจาคซ้ำ (คน/ร้อยละ)	จำนวนคน ที่ไม่มาบริจาคซ้ำ (คน/ร้อยละ)	P-value (Chi square)
1) ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ			0.319
ชาย	57 (50.0)	19 (41.3)	
หญิง	57 (50.0)	27 (58.7)	
กลุ่มอายุ			0.184
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	9 (7.9)	6 (13.0)	
21 – 30 ปี	47 (41.2)	25 (54.3)	
31 – 40 ปี	28 (24.6)	6 (13.0)	
41 – 50 ปี	30 (26.3)	9 (19.6)	

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำในผู้บริจาคโลหิต โรงพยาบาลลำพูน (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนคนที่ มาบริจาคซ้ำ (คน/ร้อยละ)	จำนวนคน ที่ไม่มาบริจาคซ้ำ (คน/ร้อยละ)	P-value (Chi square)
ระดับการศึกษา			0.097
ประถมศึกษา	8 (7.0)	-	
มัธยมศึกษาตอนต้น	9(7.9)	7 (15.2)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	34 (29.8)	17 (37.0)	
อนุปริญญา หรือ ปวส.	22(19.3)	4 (8.7)	
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	41(36.0)	18 (39.1)	
น้ำหนักตัว			0.018*
46 – 55 กิโลกรัม	25 (21.9)	21 (45.7)	
56 – 65 กิโลกรัม	44 (38.6)	15 (32.6)	
66 – 75 กิโลกรัม	22 (19.3)	6 (13.0)	
76 กิโลกรัมขึ้นไป	23 (20.2)	4 (8.7)	
หมู่โลหิตที่บริจาค			0.877
หมู่โลหิต เอ (A)	29 (25.4)	11 (23.9)	
หมู่โลหิต บี (B)	27 (23.7)	10 (21.7)	
หมู่โลหิต โอ (O)	50 (43.9)	20 (43.5)	
หมู่โลหิต เอบี (AB)	8 (7.0)	5 (10.9)	
2) พฤติกรรมการบริจาคโลหิต			
จำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต			0.000***
บริจาคครั้งแรก	18 (15.8)	28 (60.9)	
2 – 10 ครั้ง	65 (57.0)	10 (21.7)	
11 – 20 ครั้ง	13 (11.4)	3 (6.5)	
21 – 30 ครั้ง	18 (15.8)	5 (10.9)	
ระยะเวลาการบริจาคโลหิตจนถึงปัจจุบัน			0.000***
ปีแรก (1 ปี)	30 (26.3)	30 (65.2)	
2 – 5 ปี	34 (29.8)	8 (17.4)	
6 – 10 ปี	35 (30.7)	8 (17.4)	
>10 ปีขึ้นไป	15 (13.2)	-	
ความพึงพอใจโดยรวมต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รับบริจาคโลหิต			0.027*
มากที่สุด	34 (29.8)	16 (34.8)	
มาก	61 (53.5)	15 (32.6)	
ปานกลาง	19 (16.7)	15 (32.6)	
3) ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต			0.034*
มีความรู้อยู่ในระดับสูง	65(57.0)	30(65.2)	
มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	47(41.2)	12(26.1)	
มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ	2 (1.8)	4(8.7)	

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตอยู่ในระดับมาก/สูง ร้อยละ 59.4 เมื่อพิจารณาประเด็นความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิต พบว่า ผู้บริจาดโลหิตส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องว่าภายหลังบริจาดโลหิต ควรดื่มน้ำหรือหลีกเลี่ยงออกกำลังกายที่ต้องเสียเหงื่อมาก หลังบริจาดโลหิตเสร็จไม่ควรลุกขึ้นทันที เพราะอาจหน้ามืด เป็นลม หรือหกล้มได้ ผู้ที่มีน้ำหนัก 45 กิโลกรัมขึ้นไปสามารถบริจาดโลหิตได้ และไม่ควรเคี้ยวหมากฝรั่ง หรืออมลูกอมขณะบริจาดโลหิต ก่อนวันบริจาดโลหิตควรดื่มน้ำ 3 - 4 แก้ว หรือน้ำผลไม้ นม น้ำหวาน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของนิลวรรณ สรรพานิช (2549) พบว่า ผู้บริจาดโลหิตส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อมาบริจาดโลหิต และสอดคล้องกับผลการวิจัยของโสภิตา เพชรสารกุล (2552) และผลการวิจัยของเชาวศิลป์ ยุชชัย (2554) พบว่า ผู้บริจาดโลหิตมีความรู้และความเข้าใจในการบริจาดโลหิตที่ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนมาบริจาดโลหิตเป็นอย่างดี

ส่วนประเด็นคำถามที่ผู้บริจาดโลหิตตอบผิดส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 50 ปีบริบูรณ์ ผู้ที่เจาะหู หรือมีรอยสัก ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาสามารถบริจาดโลหิตได้ และเคยมีประวัติติดยาเสพติดติดมาก่อนไม่สามารถบริจาดโลหิตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้/ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติผู้บริจาดโลหิตไม่ทั่วถึงและแพร่หลาย เหตุผลอีกประการหนึ่งนั้น ผู้บริจาดโลหิตส่วนหนึ่งมาบริจาดโลหิตให้ผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัว/ญาติ พี่-น้อง ในภาวะเร่งด่วน/ฉุกเฉิน อาจขาดสมาธิในการตอบแบบสอบถาม

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตกับแนวโน้มการกลับมาบริจาดโลหิตซ้ำ พบว่า ผู้บริจาดโลหิตที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตในระดับมาก/สูง มีแนวโน้มกลับมาบริจาดโลหิตซ้ำสูงสุดถึงร้อยละ 57 รองลงมา ได้แก่ ผู้บริจาดโลหิตที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 สำหรับผู้บริจาดโลหิตที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตในระดับน้อย/ต่ำ มีแนวโน้มกลับมา

บริจาดโลหิตซ้ำ เพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้น จากการศึกษาของนิลวรรณ สรรพานิช (2549) พบว่า ผู้บริจาดโลหิตได้มีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะว่า การให้บริการของหน่วยพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพะเยา ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโลหิต และการบริจาดโลหิตให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนที่สนใจจะบริจาดโลหิตได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้บริจาดโลหิต ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยเพิ่มจำนวนผู้บริจาดโลหิตซ้ำมากขึ้น เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิตช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริจาดโลหิต ตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวลของผู้บริจาดโลหิตได้อีกทางหนึ่ง ทั้งนี้เนื้อหาของความรู้ควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญในด้านประโยชน์ของการบริจาดโลหิตที่มีต่อผู้บริจาดโลหิตและการได้ช่วยเหลือผู้ป่วย/ช่วยเหลือสังคม รวมถึงการสื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ที่สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้บริจาดโลหิต มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการบริจาดโลหิตไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้น

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการบริจาดโลหิตกับแนวโน้มการกลับมาบริจาดโลหิตซ้ำในผู้บริจาดโลหิต โรงพยาบาลลำพูน พบว่า น้ำหนักตัว จำนวนครั้งที่บริจาดโลหิต ระยะเวลาการบริจาดโลหิต และความพึงพอใจในภาพรวมต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่รับบริจาดโลหิต มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการกลับมาบริจาดโลหิตซ้ำในผู้บริจาดโลหิต โรงพยาบาลลำพูน ทั้งนี้ผู้บริจาดโลหิตที่มีน้ำหนัก 56 - 65 กิโลกรัม บริจาดโลหิตจำนวน 2 - 10 ครั้ง มีระยะเวลาที่บริจาดโลหิต 6 - 10 ปี และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในระดับมาก มีแนวโน้มการกลับมาบริจาดโลหิตซ้ำมากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณิชชา จำรูญจันทร์ (2552) พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนครั้งการบริจาดโลหิตมีอิทธิพลต่อการบริจาดโลหิตซ้ำของผู้บริจาด จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มผู้ไม่บริจาดโลหิตซ้ำร้อยละ 60.9 เป็นกลุ่มผู้บริจาดโลหิตครั้งแรก ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดความรู้เกี่ยวกับการบริจาดโลหิต ประกอบกับยังขาดความมั่นใจและหวาดกลัวการบริจาดโลหิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้า

หน้าที่และหน่วยงานรับบริจาคโลหิต ต้องให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้อง และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้บริจาคโลหิต เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการบริจาคโลหิต

ด้านแนวโน้มการกลับมาบริจาคโลหิตซ้ำ พบว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.5 จะกลับมาบริจาคโลหิตอีกในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้บริจาคโลหิตเห็นว่าการบริจาคโลหิตนั้นถือเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย /ช่วยเหลือสังคม เป็นการสร้างบุญ - สร้างกุศล และการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี และพบว่าผู้บริจาคโลหิตจะแนะนำให้บุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อน บุคคลในครอบครัว/ญาติ พี่ - น้อง ให้บริจาคโลหิต แก่ธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน มากถึงร้อยละ 95.0 เนื่องจากมีความคิดเห็นว่าการบริจาคโลหิต ถือเป็นสิ่งที่ดีและร่วมกันทำบุญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฏชา จำรูญจันทร์ (2552) พบว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการบริจาคโลหิตซ้ำ เนื่องจากเห็นว่าเป็นการช่วยเหลือสังคม เป็นการสร้างบุญกุศล และจากงานวิจัยของโสภิตา เพชรสารกุล (2552) พบว่า ผู้บริจาคโลหิตส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะบริจาคโลหิตในอนาคตอีกและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การบริจาคโลหิตถือเป็นการทำบุญที่ได้กุศลสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต

ควรให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโลหิต การบริจาคโลหิต คุณสมบัติของผู้บริจาคโลหิต การเตรียมตัวก่อนการมาบริจาคโลหิต ข้อดีของการบริจาคโลหิตในด้านสุขภาพ และการทำความดีในการช่วยเหลือสังคม รวมถึงการสื่อสารเพื่อประชาสัมพันธ์ในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี

ต่อการบริจาคโลหิต โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา และกลุ่มอาชีพรับจ้าง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ

ข้อเสนอแนะต่อเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับบริจาคโลหิต หรือจัดหาโลหิต ควร มีคุณสมบัติด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ให้การต้อนรับและคอยอำนวยความสะดวก และแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับการบริจาคโลหิต อาณิสสของการช่วยเหลือผู้ป่วย/เพื่อนมนุษย์ สร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับ ผู้บริจาคโลหิตเพื่อให้ผู้บริจาคโลหิตมีความประทับใจต่อการให้บริการ การรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บริจาครายเก่าและสร้างสัมพันธ์ภาพที่น่าประทับใจกับผู้บริจาครายใหม่ เพื่อเพิ่มจำนวนการกลับมาบริจาคซ้ำ

ข้อเสนอแนะต่อองค์กร

1. สนับสนุนทั้งด้านนโยบายและงบประมาณ ในการดำเนินงานทั้งเชิงรับ - เชิงรุก เช่น การจัดรถเคลื่อนที่ (Mobile) เพื่อการรับบริจาคโลหิตในกลุ่มเป้าหมายนักเรียน/นักศึกษา พนักงาน- ลูกจ้างในสถานประกอบการทั้งใน - นอกนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดลำพูน
2. การสร้างความร่วมมือกับผู้ประกอบการ โรงงานทั้งใน-นอก นิคมอุตสาหกรรมจังหวัดลำพูน เพื่อให้เป็นภาคีเครือข่าย ผู้บริจาคโลหิต
3. การยกย่องชมเชย และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับกลุ่มผู้บริจาคโลหิตของโรงพยาบาลลำพูน เช่น ส่ง การ์ดคำอวยพรวันเกิด, การ์ดอวยพรปีใหม่ และการ์ดขอบคุณแก่ผู้บริจาคโลหิต เพื่อให้เกิดความประทับใจและภาคภูมิใจ นำไปสู่การรักษา /การคงอยู่ของผู้บริจาคโลหิต ของโรงพยาบาลลำพูน อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำพูน คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และบุคลากรในธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือในการให้ข้อมูลประกอบการวิจัยด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา นิตศน์พัฒนา และคณะ. (2544). รายงานการวิจัยจิตสำนึกทางสังคมของนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2550). โลหิตทางการแพทย์. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน. (2557). รายงานการประชุมคณะกรรมการใช้โลหิตโรงพยาบาลลำพูน ครั้งที่ 1/2557. ลำพูน: งานธนาคารเลือด โรงพยาบาลลำพูน.
- เขาวศัลย์ ยุชัย. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริจาคโลหิตของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 สภาภษาชาดไทย จังหวัดเชียงใหม. การค้นคว้าแบบอิสระ เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ณัษชา จำรูญจันทร์. (2552). เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการบริจาคโลหิตซ้ำ. วิทยานิพนธ์ เศรษฐศาสตร-มหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิลวรรณ สรรพานิช. (2549). ทศนคติของประชาชนที่มาบริจาคโลหิตต่อการบริการของหน่วยพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาเขตสารสนเทศพะเยา.
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาภษาชาดไทย. (2556). ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาภษาชาดไทย รายงานประจำปี 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภิตา เพชรสารกุล. (2552). ทศนคติต่อการบริจาคโลหิตของประชากรในอำเภอเมืองเชียงใหม. การค้นคว้าแบบอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง ของบุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
The result of using the health-adjusting behavior program for
pre - hypertension in Sawanpracharak hospital personnel

นางนุช จันทรศรี พย.บ.

Nongnuch Junsri B.N.S

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Sawanpracharak Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Two Group Pretest – Posttest Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง บุคลากรของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 191 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 98 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 93 คน ระยะเวลาดำเนินการ 8 เดือน ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2555-พฤษภาคม 2556เครื่องมือที่ใช้ และรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบบันทึกสุขภาพ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self Care Theory) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติ Independent t- testและPaired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic)ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) หลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง(Diastolic) ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The Quasi experimental research with two groups pre-test and post-test design has been done to study the result of using the health - adjusting behavior program for pre - hypertension in Sawanpracharak hospital personnel. The group of 191 with pre - hypertension was divided into 2 groups-an experimental group of 98 and 93 a compare one. Data were collected by using Questionnaire and health record for 8 months (October 2012-May 2013). The experimental group was provided a learning based activity program with 3 Es-diEt, Exercise and Emotion applied from “Self Care Theory”. Percentage and standard deviation were used to analyze data by statistic independent t-test and paired t-test.

The result after the experiment showed an average decrement of systolic and diastolic level at 0.05 significantly in the experimental group whereas the other group was not different. Comparing the average systolic and diastolic level of the 2 groups after the experiment found the difference at 0.05 significantly as well.

Health adjusting behavior program via 3 Es(diEt, Exercise and Emotion) can apply for those who have pre - hypertension to reduce systolic and diastolic

Key word : Health - adjusting behavior program, Pre-hypertension group

บทนำ

สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี 2548 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.5 ล้านคนของประชากรทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี 2558 (จรีพร คงประเสริฐ, 2553) การสำรวจสุขภาพของประชาชนในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1999 ถึง ค.ศ. 2000 พบความชุกของระยะก่อนความดันโลหิตสูงเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มระยะก่อนความดันโลหิตสูงจะพบร่วมกับการมีน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และนำไปสู่อาการของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 19 ในระยะเวลา 4 ปี (Laura P, 2005) สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในประเทศไทย มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งประเทศ พ.ศ. 2548-2552 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คือ 544.08, 659.57, 778.12, 860.53 และ 1,230.16 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิต

สูงตั้งแต่ ปี 2548 -2552 พบว่าอยู่ในอัตราค่าที่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละปีคือ 3.90, 3.80, 3.64, 3.90 และ 3.62 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดเมื่อเป็นโรคระยะเริ่มแรกๆ มักไม่มีอาการแสดงทำให้ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดอาการเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษาค่าทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต้องใช้เวลาหลายตัวร่วมกันเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง อาจเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตเฉียบพลันได้ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ใน The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003 หรือ JNC.7 ระบุว่าประชากรที่ระดับความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท ระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีความสำคัญมากในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้แก่

การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโปแตสเซียม แคลเซียม
มาก ลดปริมาณโซเดียม ออกกำลังกาย และจำกัด
แอลกอฮอล์ (Rocellia, E.R, 2003)

กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยง
ที่สนับสนุนให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและ
หลอดเลือดได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การ
บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน มี
ความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามาก (วิทยา
ศรีดามา, 2550) การดูแลในกลุ่มนี้จะต้องได้รับการปรับ
เปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยการลดการบริโภค
อาหารที่มีโซเดียมสูง เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ลด
อาหารประเภทไขมัน ควบคุมน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย
สม่ำเสมอ และงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลให้กลุ่ม
เสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้มีกิจกรรม
ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบ
ต่อการเกิดโรคนั้น ควรมีการสนับสนุนให้มีการสร้าง
เสริมสุขภาพโดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลสภาพ
สังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง
สภาพจิตใจที่สมบูรณ์และคุณภาพชีวิตที่ดี (อำนาจ
ศรีรัตนบัลล์, 2550) กระบวนการพัฒนาสมรรถนะของ
ประชาชนในการควบคุมและพัฒนาตนเอง เป็นการ
พัฒนาศักยภาพของคนที่เป็นเจ้าของสุขภาพให้มี
ศักยภาพในการคิด การตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิต
(นิตย ทัศนัย, 2554)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัด
นครสวรรค์ ปี 2550-2552 พบอัตราป่วยด้วยโรคความ
ดันโลหิตสูง 812.8, 1001.6 และ 1073.7 ต่อประชากร
แสนคน ตามลำดับ (สถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครสวรรค์, 2554) จากการคัดกรองภาวะความดันโลหิต
สูงในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2553-2554 ของ
อำเภอเมืองนครสวรรค์ พบอัตราการเกิดโรคความ
ดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 1.01, 1.66 ตามลำดับ จาก
ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อปี 2554 จำนวน
1,519 คน พบว่าสุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน
149 คนคิดเป็นร้อยละ 9.18 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรค
เบาหวาน (Pre-DM) และความดันโลหิตสูง (Pre-HT)

จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78

จากสภาพปัญหาและอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูง (Pre-HT) สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวรรค์
ประชารักษ์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงต่อโรค
ความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ
การมีสุขภาพดี เกิดความตระหนักต่ออันตรายของโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ
บุคลากรโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ดัชนีมวลกาย รอบเอว
ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง
ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต
ตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่างของบุคลากรกลุ่ม
เสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน และ
หลังการทดลอง (Two group Pretest-Posttest
Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผ่านการตรวจ
สุขภาพร่างกายประจำปี 2554 ไม่พบโรคประจำตัวและ

มีผลทางห้องปฏิบัติการปกติ แต่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (Pre-HT) โดยพบระดับความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตตัวล่างอยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 191 คน โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองจากผู้สมัครใจและสามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยตลอด จำนวน 98 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 93 คน ระยะเวลาดำเนินการ 8 เดือน ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2555-พฤษภาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาคือโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์โดยประยุกต์จากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self Care Theory) ประกอบด้วย 1. รวมกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม 3 ฐาน(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 30 นาที 2. แบ่งกลุ่มเข้าฐานๆ ละ 40 นาที

3. กิจกรรมในแต่ละฐาน ฐานอาหารฝึกปฏิบัติด้านการกำกับตนเองในการบริโภคอาหารได้แก่การเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ การจัดเมนูอาหารและอาหารสำเร็จรูปเพื่อการบริโภค ฐานออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติด้านการใช้พลังงาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ฐานอารมณ์ ฝึกปฏิบัติด้านการกำกับตนเองในการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานและชีวิตประจำวัน

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(98)		กลุ่มเปรียบเทียบ(93)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	13	13.27	27	29.03	
หญิง	85	86.73	66	70.97	
อายุ (ปี)					0.800
≤ 30 ปี	36	36.74	34	36.55	
31-40 ปี	49	50.00	44	48.35	
41-50 ปี	10	10.20	13	13.97	
มากกว่า 50 ปี	3	3.06	2	2.15	
เฉลี่ย (SD)	32.90	(6.91)	33.09	(7.44)	

รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งนำหน้า วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical Package for the Sciences) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะสุขภาพประกอบด้วยค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติ Independent t- test และ Paired Sample t- testโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.90 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 33.09 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 61.23 และ 61.29 ตามลำดับ เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 36.73 และ ร้อยละ 35.48 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.69 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 23.51 กลุ่มทดลองมีค่ารอบเอวเฉลี่ย 80.52 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่ารอบเอวเฉลี่ย 81.90 ลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 1)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(98)		กลุ่มเปรียบเทียบ(93)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการ	36	36.73	33	35.48	
ลูกจ้างประจำ	2	2.04	3	3.22	
ลูกจ้างชั่วคราว	60	61.23	57	61.29	
ดัชนีมวลกาย					0.521
≤ 22.9	50	51.02	50	53.76	
มากกว่า 22.9	48	48.97	43	46.23	
เฉลี่ย (SD)	23.69	(4.47)	23.51	(4.42)	
รอบเอว (ซม.)					0.752
≤ 90	82	83.67	77	82.79	
มากกว่า 90	16	16.33	16	17.21	
เฉลี่ย (SD)	80.52	(10.40)	81.90	(12.02)	

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ดัชนีมวลกาย และรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value

<0.001) ส่วนความแตกต่างของดัชนีมวลกายและรอบเอว ก่อนและหลังการทดลองพบว่าดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 23.69 และ 23.87 รอบเอวมีค่าเฉลี่ย 80.52 และ 80.93 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.387, p-value=0.468) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง(DBP) ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	Mean	SD	t	df	p-value
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบน (SBP)						
ก่อนการทดลอง	98	121.80	7.93	10.19	97	<0.001
หลังการทดลอง	98	112.57	9.22			
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)						
ก่อนการทดลอง	98	80.93	5.60	10.35	97	<0.001
หลังการทดลอง	98	72.13	7.48			
เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย (BMI)						
ก่อนการทดลอง	98	23.69	4.47	-868	97	0.387
หลังการทดลอง	98	23.87	4.21			
เปรียบเทียบรอบเอว						
ก่อนการทดลอง	98	80.52	10.40	-729	97	0.468
หลังการทดลอง	98	80.93	9.40			

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) มีค่าเฉลี่ย 122.83 และ 120.17 ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) มีค่าเฉลี่ย 80.73

และ 78.62 ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 23.51 และ 24.05 และรอบเอวมีค่าเฉลี่ย 81.90 และ 82.97 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.085, p-value=0.082, p-value=0.123, p-value=0.139) (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	Mean	SD	t	df	p-value
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบน (SBP)						
ก่อนการทดลอง	93	122.83	7.25	1.74	92	0.085
หลังการทดลอง	93	120.17	14.15			
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)						
ก่อนการทดลอง	93	80.73	5.46	1.76	92	0.082
หลังการทดลอง	93	78.62	10.37			
เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย(BMI)						
ก่อนการทดลอง	93	23.51	4.42	-3.47	92	0.123
หลังการทดลอง	93	24.05	4.66			
เปรียบเทียบรอบเอว						
ก่อนการทดลอง	93	81.90	12.02	-2.38	92	0.139
หลังการทดลอง	93	82.97	11.64			

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 121.80 และ 122.83 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value=0.350) ส่วนหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 112.57 และ 120.17 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ส่วน

ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 80.93 และ 80.73 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value=0.796) ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 72.13 และ 78.62 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่างกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	N	Mean	SD	t	df	p-value
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบน (SBP)						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	98	121.80	7.93	-9.3	189	0.350
กลุ่มเปรียบเทียบ	93	122.83	7.25			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	98	112.57	9.22	-4.37	189	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	93	120.17	14.15			
เปรียบเทียบความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	98	80.93	5.60	0.25	189	0.796
กลุ่มเปรียบเทียบ	93	80.73	5.46			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	98	72.13	7.48	-9.93	189	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	93	78.62	10.37			

อภิปราย

จากผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงเข้ารับการตรวจสุขภาพมากกว่าเพศชาย 3.7 เท่า เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี สุทธิธรรม (2553) พบว่าผู้มารับบริการตรวจสุขภาพเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31-40 ปี อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลสวรงค์ประชารักษ์อายุ 31 – 40 ปี (ร้อยละ 40.78) และเมื่อมีอายุมากกว่า 40 ปี เจ้าหน้าที่บางส่วนจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ย้ายหรือลาออกจากโรงพยาบาล ทำให้พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอายุ 31 – 40 ปี มากที่สุด ทำให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนที่อายุ 35 ปีขึ้นไปควรได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง

ประกอบ ด้วยกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ โดยการฝึกปฏิบัติด้านการกำกับตนเองในการบริโภคอาหาร ได้แก่การเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ การจัดเมนูอาหารและอาหารสำเร็จรูปเพื่อการบริโภค การฝึกปฏิบัติด้านการใช้พลังงาน ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การฝึกปฏิบัติด้านการกำกับตนเองในการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานและชีวิตประจำวันเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้กลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรม เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีเป็นการสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้กลุ่มตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่าการสอนเป็นการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มีความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมจิตหนูเจริญกุล และคณะ (2542)

จากผลการศึกษา จะเห็นว่าการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความสามารถของตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดัน systolic ลดลง 56.65 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ค่าเฉลี่ยของความดัน diastolic ลดลง 23.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสรุปผล อริยะเดช (2555) ที่ศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดงจังหวัดระยอง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยของความดัน systolic และ diastolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 112.57 และ 120.17 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน ของกลุ่มทดลองลดลง ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ส่วนความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ย 72.13 และ 78.62ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรมมีความรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพ

ของตนเองผ่านกิจกรรมที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่ม อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมอาจศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองนอกเหนือจากการที่ได้รับความรู้จากกิจกรรม3 ฐาน ซึ่งมีผลต่อการลดความดันโลหิต ดังนั้นควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่นได้โดยพิจารณาตามบริบทและลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันโดยเน้นที่การให้กลุ่มเสี่ยงเรียนรู้ปัญหาของตนเอง และฝึกทักษะให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม ปรับเวลา การติดตาม ประเมินผล ให้เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในแต่ละพื้นที่
- 2.ควรมหาวิธีการหลายๆวิธีในการเก็บรวบรวม ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรม การบริโภค พฤติกรรม การออกกำลังกาย
3. หากจะทำการศึกษาวิจัย ในเรื่องการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะเดียวกัน ควรเพิ่ม ระยะเวลาในการติดตาม และประเมินผล เพื่อดูความ ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเสนอแนะ ขอขอบคุณบุคลากร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จรัสพร คงประเสริฐ. ภาวะโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่ประเทศไทยเผชิญจากปัจจุบันสู่นาคต
ม.ป.ท. [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553]: แหล่งข้อมูล URL: <http://thaigcd.ddc.moph.go.th>
- นิตย ทัตนิยม. การสอนวิชาการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ฐานคิดการสร้างพลังอำนาจ. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26
(ฉบับพิเศษ) 17-29.
- มยุรี สิทธิธรรณ. ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพกับผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอ
บ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย (สารนิพนธ์) มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
- วิทยา ศรีดามา. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550: 162 – 170 .
- สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี. การพยาบาลโรคความดันโลหิตการทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัย
สนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542: 61 – 64 .
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย; 2542: 17 – 23 .
- สุรพล อริยะเดช. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวาน และ
ความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาคลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555; 29 (3) : 205-215.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สถิติการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. รายงานประจำปี; 2554: 80 – 84.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2553. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553: 20 – 27.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. การสร้างเสริมสุขภาพและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน
2550; 6 (6) : 1-12.
- Laura P. Management of prehypertension. Am Heart Assoc 2005; 45 (6): 1056-61.
- Rocellia, E.R, Seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation
and Treatment of High Blood Pressure. Journal of American Association. 19, N.P; 2003.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร Model Development for teenage pregnancy prevention

ปัทมา ผ่องสมบุญ	วท.บ. (การพยาบาลและผดุงครรภ์)	Pattama Pongsomboon M.Sc.(Nurse)
โสภิต จำปาศักดิ์	พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)	Sopit Jampasak M.N.S.(Community Nurse Practitioner)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร Phichit Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตร ดำเนินการวิจัยโดยการสร้างและศึกษาทดลองการใช้รูปแบบของการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร กับนักเรียนในสถานศึกษาต่างๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย วิทยาลัยระดับอาชีวศึกษา และศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน การศึกษาประกอบด้วย 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน การป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร โดยการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และเชิงคุณภาพ (qualitative data) ในระยะที่ 2 นำผลที่ได้ไปกำหนดรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ในจังหวัดพิจิตร ในระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับอาชีวศึกษาจำนวน 46 คน และระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุและปัจจัยของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ และอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของจังหวัดพิจิตร เกิดจากผลกระทบทางลบของสภาพครอบครัว สื่อสังคมแวดล้อม การควบคุมของสถานศึกษา และตัวของวัยรุ่นเอง

รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and Education Approach ซึ่งต้องทำงานเป็นทีม มีความจริงใจในการแก้ปัญหาและเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. Family based เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สมบูรณ์ โดยครอบครัวต้องให้เวลาให้ความรัก ความเอาใจใส่และต่อเนื่อง เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง มีทักษะในการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต

2. School based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนโรงเรียน โดยเป็นตัวอย่างที่ดี เสริมทักษะการให้คำปรึกษา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง สอนเน้นกลุ่มเสี่ยงนอกเหนือจากในหลักสูตร อบรม ดูแลเอาใจใส่ให้ความรัก ให้เวลา สอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียน การจัดเวลาว่าง นันทนาการไม่让孩子ว่างมาก จัดกิจกรรมนักเรียน มีนโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการค้นหาและป้องกัน

3. Community based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดยชุมชนต้องมีส่วนในการเอาใจใส่ กวดขัน เป็นตัวอย่างที่ดี อบรม ดูแลเอาใจใส่ ดูแลภาวะเสี่ยงหอบัพัก ภาวะเสี่ยงสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน

ทั้งนี้สิ่งที่ต้องพัฒนาวัยรุ่น คือการเพิ่มให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกัน มีทักษะชีวิต สร้างเจตคติ เปลี่ยนมุมมองชีวิต ค่านิยม สร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง การไม่เปิดโอกาส การไม่ทำตามเพื่อน มีความรู้การคุมกำเนิด ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ตั้งใจเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยและการลงมือปฏิบัติการ และการมีภาคีเรียนรู้ ช่วยเหลือกันระหว่างนักเรียน ครู และผู้วิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการภายนอก เป็นเครื่องมือสำคัญ ผลของการทำางานไม่เพียงพบแต่รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังพบความเข้มแข็ง การพัฒนาการเรียนรู้ของวัยรุ่น และยังรวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนและต่อยอดขยายผลต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ วัยรุ่นตั้งครรภ์

Abstract

Increasingly, the problem of teenage pregnancy has been present in several regions of Thailand including Phichit province. The causes and related factors are objected to be identified. Consequently, the means of pregnancy prevention for the Phichit teenagers could be developed and the efficiency trial was undertaken. The research and development were designed for studies with 3 student groups including the high school, college and non-formal education. There were four steps of the investigation that firstly, the causes and factors affecting the problem were observed together with the obstacles for the pregnancy prevention. The data were collected by using both quantitative and qualitative methods. Secondly, the model for preventing teenage pregnancy was developed and the trials were provided with the above 3 student ones for the third. Lastly, the efficacy was evaluated.

It was present that the causes and the related factors affecting the teenage pregnancy as well as the obstacles for the implementation of pregnancy prevention were verified. They were happened due to the negative conditions from several circumstances such as family life-being impact, surrounding social media, control management of education places and own self teenagers.

It is concluded that the practical model for pregnancy prevention in Phichit teenage requires a cooperation of 3 institutes such as family, school and community through learning system namely, Teenage focused: Health and Education Approach. The working staffs must be formulated as a team with their sincerity in remedy. The cooperation is assigned by the whole 3 units as follows.

1. Family based: a family performance must basically be complete in cope with the management and administration of timing, loving and carefulness regularly. The good idols are present with their abilities to give any advice or suggestions and the skills to teach children how

to strengthen their own living.

2. School based: It is defined as the role of the school administration system for instance, keeping the good image, making skill addition, giving any advice or suggestions. The risky student group is screened for the additional teaching and training courses besides the normal education provision. Such activities would contribute the student to know how to strengthen their living as immune developed in the body. The skill is developed for taking care of environment within the school. There are also the other activities beneficial to the students i.e. information media promotion in school, good free-time arrangement, some recreations. The policy for child problem management should be established clearly. Additionally, cooperation with nursing may encourage the detection and protection procedures.

3. Community based: The community has also a role for the regulation including good example consideration, carefulness, strictness, dormitory rule and social law.

By the way, the teenager control development must be established emphasizing on the promotion of their immune addition. It can be operated by an increase in living skill, better attitude creation, good thinking and looking changes, higher awareness, own self love and gratify. On the other hand, the practice not corresponding and not following to her friends must be strictly employed. Subsequently, understanding on pregnant prevention is made while as continuously consistent learning has to be followed.

The research and development were conducted using the participatory action research procedure. It is a way for the development of pregnant prevention method for the teenagers. The research was carried out following to the process of the potential development of the teenager both the technical and mental conditions. There was the participation on research activity and execution, learning regulation group, encouragement among students, teachers and general researchers as an immense solution. Apart from the mention method of unplanned teenage pregnancy prevention, strengthen and learning development of the teenagers were also achieved. The participation of the procedure development is made so that permanent solution and expansion of research and development occur continuously.

Keyword : model to prevent teenage pregnancy, teenage pregnancy

บทนำ

ในประเทศกำลังพัฒนา ประชากรวัยรุ่นนับว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ในฐานะทรัพยากรมนุษย์ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาทางเพศ และเสี่ยงต่อการได้รับแรงกดดันและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมและสังคมทุกรูปแบบ การเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับวัยรุ่นจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาประเทศ แต่ปัจจุบันสิ่งที่ปัญหาของสังคมอย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชากรวัยรุ่น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในนักเรียนหญิงวัยรุ่น ที่วัยรุ่นยุคนี้เริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วกว่าที่เคยเป็นมา รวมทั้งการมีครอบครัวตั้งแต่อายุน้อยก็ปรากฏอยู่ในหลายๆ ประเทศของโลก โดยที่ไม่มีแนวโน้มว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ดีขึ้นเท่าที่ควร (สายฤดี วรกิจโกศาทร. 2529 หน้า 1-7) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของวิลลิงและคณะ (Welling, K and Other, 2001) พบว่าการสำรวจประชากร ชายหญิง อายุ 16-44 ปี จำนวนกว่า 11,000 คนทั่วประเทศอังกฤษ อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มผู้มีอายุ 16-19 ปี ในปี 2000 คืออายุ 16 ปี ในขณะที่กลุ่มผู้มีอายุ 25-29 ปี (ที่เคยอายุ 16-19 ปีเมื่อ 10 ปีที่แล้ว) มีช่วงอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 17 ปี อัตราส่วนของวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ก่อนอายุ 16 ปี คงที่ร้อยละ 30 แต่อัตราส่วนของวัยรุ่นหญิงที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 16 ปี กลับสูงขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 26 นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเด็กมักพบในเด็กที่มีประจำเดือนมาก่อนอายุ 13 ปี และไม่ได้เกิดจากความยินยอมพร้อมใจหรือเป็นไปโดยธรรมชาติ และมักมีผลให้เกิดความเสียใจตามมา และขาดการป้องกันต่อการตั้งครรภ์และการติดเชื้อ

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงปัญหาของวัยรุ่นในประเทศกำลังพัฒนาว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญปัญหาความสำคัญหลายประการ ประการหนึ่งที่มีความสำคัญ คือ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์เป็นวิกฤติของวัยรุ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างมาก นำสู่การแก้ปัญหาด้วยการทำแท้ง

ทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่ายอีกด้วย เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะเพศของวัยรุ่น มีความบางและไวต่อการติดเชื้อมากกว่าผู้ใหญ่ และระบบภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีน้อยกว่าผู้ใหญ่ (Neinstein, 1992) แม้ว่าปัจจุบันอายุการแต่งงานของสตรีจะสูงขึ้น เนื่องจากการศึกษาและการเรียนรู้เพื่อประกอบอาชีพ แต่ก็ยังมีวัยรุ่นจำนวนมากที่ตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนา นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก (WHO, 1993)

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการมีบุตรในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีบุตรก่อนอายุ 15 ปี มีอยู่ไม่ถึงร้อยละ 1 ผู้ที่มีบุตรในช่วงอายุ 15-17 ปี มีร้อยละ 8.5 และผู้ที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 18-19 ปี มีร้อยละ 14 และในภาพรวมผู้ที่มีบุตรคนแรกก่อนอายุ 20 ปี มีถึงร้อยละ 23 ซึ่งเป็นการนับเฉพาะการตั้งครรภ์ที่มีการคลอดเท่านั้น การตั้งครรภ์ที่ยุติลงด้วยการทำแท้งไม่ได้นับรวมอยู่ด้วยการคาดประมาณตัวเลขของการทำแท้งในสังคมไทยทำได้ยาก ทั้งนี้เพราะการทำแท้งยังเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในสังคมไทย แต่คาดประมาณว่าอยู่ระหว่าง 200,000-300,000 รายต่อปี (นิภาภรณ์ หะงานนท์, 2529) และจากการสำรวจสตรีที่เข้ารับการรักษาก่อนการแท้งก่อนเนื่องมาจากแท้ง ในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง จำนวน 45,900 ราย ในปี 2542 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 47 ของสตรีที่ทำแท้งมีอายุไม่เกิน 24 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ (ร้อยละ 45) มีอายุต่ำกว่า 20 ปี (ชินฤทัย กาญจนะจิตร และคณะ, 2546) นอกจากนี้ยังพบอัตราตายของมารดาอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (Boonmongkon et al., 2000) ปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นเกิดปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงพบการตั้งครรภ์ร่วมด้วยสาเหตุเกิดจากสภาพแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีการกระตุ้นยั่วในเรื่องเพศอย่างมาก วัยรุ่นส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากสื่อที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่มีปัญหาดังนี้ 1) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 2) การมีเพื่อนต่างเพศอย่างไม่เหมาะสม 3) การมีเพศสัมพันธ์กันในวัยรุ่น 4) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5) การทำแท้ง 6) การมี

เพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ 7) การเกิดโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ในจังหวัดพิจิตร เกี่ยวกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของอำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร ปี 2551 ในประชากรกลุ่มวัยรุ่น 2 กลุ่ม คือกลุ่มนักเรียนชาย-หญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และกลุ่มนักเรียนระดับอาชีวศึกษา พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวยมากขึ้น เพศชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงในกลุ่มเพื่อน และนักเรียนต่างสถาบันมากขึ้น ส่วนนักเรียนหญิงมักเข้าหอพักอยู่กับเพื่อนชายในระยะเวลาที่ไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ผลการสำรวจทัศนคติทางเพศของนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ปี 2552 พบว่า นักเรียนหญิงมีการแข่งขันในเรื่องการได้นอนกับเพื่อนชายว่าใครจะมีหลายคนกว่ากัน และจากการตรวจสอบสถานเริงรมย์/หอพักพบว่ามีกลุ่มหญิงวัยรุ่นขายบริการแฝงเป็นจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเหล่านี้ทำให้พบอัตราการมีบุตรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ของจังหวัดพิจิตร ปี 2551 สูงถึงร้อยละ 21.39 ซึ่งสูงเกินเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2552 พบอัตราการมีบุตรในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 21.80 และการวิจัยเรื่องพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตรพบว่านักเรียนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ คืออายุ 13 ปี ซึ่งทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีอัตราใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 10 ระดับการศึกษาประมาณมัธยมศึกษาปีที่ 1 นับว่าเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งไม่แตกต่างจากต่างประเทศหรือกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากการเข้าถึงระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีต่างๆ ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการอยากรู้อยากลอง โดยผู้ที่นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ด้วยส่วนใหญ่เป็นเพื่อน แพน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การออกเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การยินยอมให้ถูกเนื้อต้องตัวระหว่างเพศ และสุดท้ายจึงเกิดการยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนต่างเพศ ซึ่งส่วนใหญ่

ลงเอยด้วยการตั้งครรภ์

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์นั้น เป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสำคัญ และเป็นปัญหาเร่งด่วนปัญหาหนึ่งที่ต้องรีบหาแนวทางแก้ไข พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยเฉพาะวัยรุ่นที่กำลังเรียนอยู่ในสถานศึกษาซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ยังขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ที่ถูกต้องทางเพศ ขาดความรับผิดชอบในชีวิตคู่ครองและไม่ปลอดภัย ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมและครอบครัว ทางออกที่จะแก้ไขภาระของสังคมเช่นนี้ ต้องเป็นความร่วมมือของหลายๆฝ่าย โดยการหารูปแบบการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะในโรงเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่ยังมีอนาคตในการศึกษาต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่น โดยเฉพาะในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งในระบบรัฐบาลและในสถานศึกษานอกโรงเรียนตลอดจนวิทยาลัยระดับอาชีวศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อการศึกษาปัญหา และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อสร้างและทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาในสถานศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย วิทยาลัยระดับอาชีวศึกษา ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนในจังหวัดพิจิตร และนำข้อมูลที่ได้นักเรียนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เพื่อนักเรียน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาสร้างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 - 2554

วิธีการวิจัย ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่ 1** ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูประจำชั้น ครูสอนวิชาประสบการณ์ชีวิต/วิชาที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา หรือกลุ่มครูอนามัยโรงเรียน ครูผู้ปกครอง จำนวน 36 คน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 3 ได้แก่ แกนนานักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษา และการศึกษานอกโรงเรียน ทั้งชายและหญิงจำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 4 ได้แก่ หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตร จำนวน 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจข้อมูลหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ โดยมีการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสำรวจจากการทดลองสอบถามในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อื่นๆที่มาฝากครรภ์ คลอดที่โรงพยาบาลในจังหวัดพิจิตร

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guideline) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Question) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามไว้ก่อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

เครื่องมือฉบับที่ 1 สอบถามข้อมูลหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทุกรายที่เป็น นักเรียน/นักศึกษา/ประชาชนอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ คลอด และดูแลหลังคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดพิจิตรระหว่างวันที่ 10 ถึง 30 พฤศจิกายน 2553 **เครื่องมือฉบับที่ 2** สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้ฉบับที่ 1 (ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูแนะแนว ครูประจำวิชา

ประสบการณ์ชีวิต ครูประจำชั้น ครูผู้ปกครอง ผู้ปกครอง นักเรียน ผู้นำชุมชน นักเรียนแต่ละกลุ่มสถานศึกษา นักเรียนวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์)

ระยะที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. แบ่งเป็น 3 กลุ่มสถานศึกษา โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วย ตัวแทนนักเรียน ผู้ปกครอง ผู้บริหาร ครูแนะแนว ครูประจำชั้น ครูผู้ปกครอง ครูสอนวิชาที่เกี่ยวข้องกับเพศศึกษา จำนวนกลุ่มละ 20 คน รวม 60 คน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจารย์พยาบาล ตัวแทนชุมชน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร จากการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง โดยอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1

วิธีดำเนินการร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

1. การคืนข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 และแนวนโยบายสถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตรให้แก่กลุ่มประชากรตัวอย่าง
2. การประชุมกลุ่มระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง ทำ Focus Group เพื่อหารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร
3. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ โดยนำร่างรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตรที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง กลั่นกรอง ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

ประชากรที่ศึกษา

ประกอบด้วยนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และนักเรียนระดับอาชีวศึกษา โดยคัดเลือกนักเรียนกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจำนวน 46 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลองในการศึกษา ทั้งนี้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ

การป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยมี ครู , เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพัฒนาการ เป็นผู้ดำเนินการ

ขั้นตอนในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ค้นหาข้อมูลผู้ตั้งครรภ์วัยรุ่น สร้างสรรค์พฤติกรรมความดี
2. จัดการฝึกอบรม/และใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนทักษะชีวิตและประสบการณ์ชีวิตโดยเฉพาะการควบคุมการจัดการตนเอง ทักษะการปฏิเสธ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3. ใช้แบบทดสอบตามรูปแบบระยะที่ 2 และแบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตก่อนและหลังการฝึกอบรม

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลตามแบบทดสอบ แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 46 รายก่อนและหลังดำเนินการทันที

ระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร

ประชากรที่ศึกษา

นักเรียน ที่ดำเนินการในระยะที่ 3 จำนวน 46 ราย

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลตามแบบทดสอบ แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกอบรม (กลุ่มเดิม) จำนวน 46 ราย หลังดำเนินการกิจกรรม 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบทดสอบ แบบประเมิน แบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษาวิจัย

ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร พบว่า ปัญหาเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการขาดการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งทั้ง 2 ปัญหานี้ เกิดจากสาเหตุทั้งตัวเด็ก ครอบครัว โรงเรียน สื่อและสภาพแวดล้อม

ดังนั้นรูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร จึงเป็นรูปแบบที่ได้จากแหล่งข้อมูลหลากหลายแหล่ง คือ การทำการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากอาจารย์แนะแนว และอาจารย์

ประจำวิชาประสบการณ์ชีวิต อาจารย์ประจำชั้น นักเรียน แต่ละกลุ่มสถานศึกษา พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โดยรูปแบบดังกล่าวจะเป็นรูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากจังหวัดพิจิตรยังเป็นจังหวัดที่มีสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ถ้าทุกฝ่ายให้ความร่วมมือและประสานกัน จะสามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ซึ่งรูปแบบนี้ควรเป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and Educational Approach โดยรูปแบบนี้ต้องมีการทำงานเป็นทีม ความจริงใจในการแก้ปัญหา การร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คือ

1. Family based เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้สมบูรณ์ โดยครอบครัวต้อง

- 1.1 ให้ความรัก เอาใจใส่ และต่อเนื่อง
- 1.2 เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง
- 1.3 มีทักษะการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก
- 1.4 สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต

2. School based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนโรงเรียนโดย

- 2.1 เป็นตัวอย่างที่ดี เสริมทักษะการให้คำปรึกษา
- 2.2 Screen กลุ่มเสี่ยง เช่นเด็กห้องท้าย มีการจัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน
- 2.3 สอนเน้นกลุ่มเสี่ยง นอกเหนือจากแทรกในหลักสูตร
- 2.4 อบรมดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักให้เวลา
- 2.5 สอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต
- 2.6 ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียน
- 2.7 การจัดเวลาว่าง นันทนาการ
- 2.8 ไม่ให้เด็กว่างมาก จัดกิจกรรมนักเรียน
- 2.9 นโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน
- 2.10 สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการค้นหาและป้องกัน

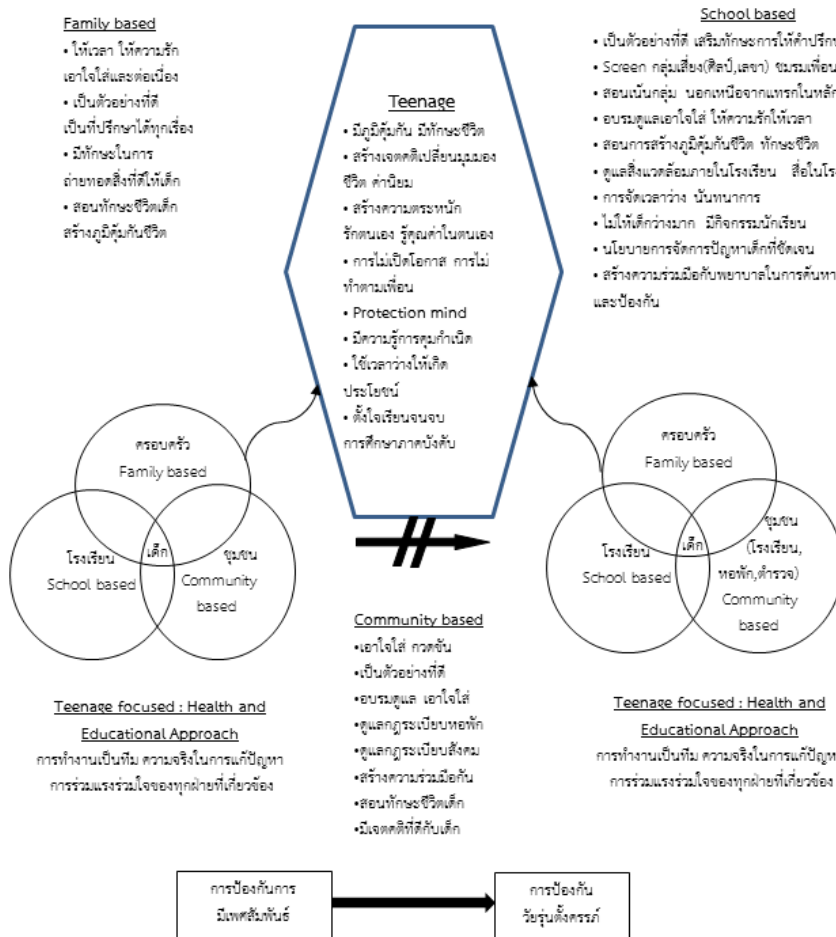
3. Community based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดย

- 3.1 ชุมชนต้องมีส่วนในการเอาใจใส่ กวดขัน
- 3.2 เป็นตัวอย่างที่ดี
- 3.3 อบรม ดูแลเอาใจใส่
- 3.4 ในส่วนของผู้ประกอบการควรดูแลกฎระเบียบหอพัก
- 3.5 ดูแลกฎระเบียบสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน เช่น ตำรวจ ผู้ประกอบการ
- 3.6 สร้างความร่วมมือกัน
- 3.7 สอนทักษะชีวิตเด็ก
- 3.8 มีเจตคติกับเรื่องเด็กที่ดี ไม่รังเกียจเด็กที่ผิดพลาดไปแล้ว

ทั้งนี้สิ่งที่ต้องการเพิ่มทักษะให้เกิดกับวัยรุ่น คือ

1. มีภูมิคุ้มกัน มีทักษะชีวิต
2. สร้างเจตคติ เปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิต ค่านิยม
3. สร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง
4. การไม่เปิดโอกาส การไม่ทำตามเพื่อน
5. Protection mind
6. มีความรู้การคุมกำเนิด
7. ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
8. ตั้งใจเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับ โดยมีรูปแบบดังนี้

ภาพ รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของวัยรุ่นทั้งเทคนิควิชาการและจิตใจ โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยและการลงมือปฏิบัติการ และการมีภาคีเรียนรู้ ช่วยเหลือกันระหว่างนักเรียน ครู และผู้วิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการภายนอก เป็นเครื่องมือสำคัญ ผลของการทำงานไม่เพียงพบแต่รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังพบความเข้มแข็ง การพัฒนาการเรียนรู้ของวัยรุ่น และยักรวม

ถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนและต่อยอดขยายผลต่อไป

ผลของการใช้รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร

ผลจากการนำรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยการจัดอบรมและใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างทักษะแก่วัยรุ่นใน 8 ประเด็นตามผลการศึกษา โดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษา และนักเรียนอาชีวศึกษา 46 คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ มีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวที่ 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษา และนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตร

รายการ	มัธยมศึกษา (n=9)		อาชีวศึกษา (n=37)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	66.7	21	56.8
หญิง	3	33.3	16	43.2
ประเภทของโรงเรียน				
รัฐบาล	9	100.0	21	56.8
เอกชน	-	-	16	43.2

พบว่า ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ความรู้เรื่องเพศศึกษาและเจตคติทาง

เพศในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตรไม่แตกต่าง (ตารางที่ 2 และ 3)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิจิตร ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิจิตรทันที (n=9)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนารูปแบบ		Wilcoxon Signed Ranks Test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
- ความรู้เรื่องเพศศึกษา	13.44	4.07	14.00	2.00	.071	.943
- เจตคติทางเพศ	75.78	4.50	76.56	4.88	.339	.734
- ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน	13.78	2.64	15.56	2.30	2.716	.007

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตร ก่อน และหลังการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตรทันที (n=37)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนาารูปแบบ		หลังการพัฒนาารูปแบบ		t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
- ความรู้เรื่องเพศศึกษา	12.73	3.21	13.46	2.40	-1.896	.066
- เจตคติทางเพศ	80.16	5.71	79.60	6.18	.640	.526
- ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	10.54	3.88	13.95	2.64	-5.414	.000

แต่เมื่อติดตามผล 3 เดือนพบว่าความรู้ เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศและทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตร 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4 และ 5)

ตาราง 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิจิตร หลังการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดพิจิตรทันที และหลังการพัฒนาารูปแบบ 3 เดือน (n=9)

ตัวแปร	หลังการพัฒนาารูปแบบทันที		หลังการพัฒนาารูปแบบ 3 เดือน		Wilcoxon Signed Ranks Test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
- ความรู้เรื่องเพศศึกษา	14.00	2.00	18.44	.53	2.667	.007
- เจตคติทางเพศ	76.56	4.88	88.56	4.30	2.666	.008
- ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	15.56	2.30	20.56	.73	2.667	.007

ตาราง 5 เปรียบเทียบความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตร หลังการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตร ทันที และ 3 เดือน (n=37)

ตัวแปร	หลังการพัฒนาารูปแบบทันที		หลังการพัฒนาารูปแบบ 3 เดือน		Wilcoxon Signed Ranks Test	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
- ความรู้เรื่องเพศศึกษา	13.46	2.40	19.28	0.67	12.420	.000
- เจตคติทางเพศ	79.60	6.18	92.21	11.27	5.926	.000
- ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	13.95	2.64	20.18	1.70	9.673	.000

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดพิจิตร ที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนาารูปแบบ ได้แก่ การอ่านหนังสือ กระตุ้นความรู้สึกทางเพศ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดพิจิตร ที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนาารูปแบบได้แก่ มีคูรัก (แฟน) การอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ การถูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว จูบกับคูรัก และเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม

วิจารณ์ผล

รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้จากการประชุมระดมสมอง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์จังหวัดพิจิตร พบว่า รูปแบบที่ได้จะเป็นรูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้ควรเป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and Educational Approach ซึ่งต้องทำงานเป็นทีม มีความจริงใจในการแก้ปัญหาและเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากจังหวัดพิจิตรยังเป็นจังหวัดที่มีสังคม กึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ ดังนั้นการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 ส่วน คือปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์ซึ่งสาเหตุนี้มาจากตัวเด็ก ครอบครัว โรงเรียน สื่อและสภาพแวดล้อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ BMRB International (2003) ได้ทำการประเมินการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยใช้แบบสำรวจครอบครัวของ BMRB พบว่า ผู้ปกครองของเด็กอายุ 10-17 ปี 600 กว่าคน มี 86% เห็นด้วยว่าการที่ผู้ปกครองได้พูดคุยกับเด็กๆเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด จะช่วยลดการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่นได้ และ BMRB International (2003) ยังได้ทำการประเมินการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่าคนหนุ่มสาวอายุ 13-21 ปี ระบุว่า แหล่งข้อมูลหลักเรื่องความสัมพันธ์และเพศศึกษา มาจากโรงเรียน 77% ดังนั้นโรงเรียนต้องเป็นตัวอย่างที่

ดีช่วยเสริมทักษะ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดที่ดีจะช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และวรรณ เตชวณิชพงษ์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชน โดยทำการศึกษาในอายุ 16-20 ปี ในสถาบันการศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. 2532-2542 พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประจำเดือนกับโอกาสการตั้งครรภ์ รวมถึงการคุมกำเนิด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ingham, R., Clements, S. and Gillibrand, R. (2001) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงอัตราการตั้งครรภ์ ปี 1991-1997 พบว่าปัจจัยที่ช่วยลดความเข้าใจที่ผิดๆ ให้เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ในท้องถิ่นที่มีอัตราการตั้งครรภ์ลดลง มีการจัดคอนเสิร์ตเพื่อให้ความรู้โดยมีลักษณะที่คล้ายๆ กันการสร้างกลุ่มองค์กรภายในท้องถิ่นคอยดูแลเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี

และผลจากการนำรูปแบบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไปใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษา และนักเรียนระดับอาชีวศึกษา 46 คน พบว่า ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา และนักเรียนอาชีวศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ จังหวัดพิจิตร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นถึงการรับรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม หากได้รับการดูแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนชุมชนที่พวกเขาอาศัยอยู่ ในขณะที่ความรู้เรื่องเพศศึกษาและเจตคติทางเพศในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษาก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ การป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์จังหวัดพิจิตร ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความรู้และทัศนคติเหล่านี้มีมาแต่เดิม และปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก ต้องใช้ระยะเวลาในการทบทวนแนวความคิดเดิมที่ตนเองเชื่อและถือปฏิบัติ หรือแนวการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษานั้นไม่ตรง

ตามที่ได้ต้องการ จึงทำให้หลังทดลองใช้รูปแบบ ความรู้และทัศนคติไม่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อติดตามผล 3 เดือนพบว่า ความรู้เรื่องเพศศึกษา เจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์จังหวัดพิจิตร 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่สร้างขึ้น อาจจะไม่สามารถวัดประสิทธิภาพ หรือเห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้ในทันทีที่สิ้นสุดกิจกรรม การวัดประสิทธิผลควรวัดหลังจากดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ด้วยวัยรุ่นต้องมีเวลาในการได้ไตร่ตรองหรือได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากรูปแบบหรือโปรแกรมที่กำหนดขึ้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนทัศนคติในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirby, D. (2001) ได้ทำการศึกษาโปรแกรมที่จะลดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น พบว่าโครงการพัฒนาเด็กชาวอเมริกัน แสดงให้เห็นถึงอัตราการป้องกันและยับยั้งการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนเมื่อมีการใช้รูปแบบการพัฒนาการพัฒนาในหลายด้านรวมกัน หรือทั้งหมดดังต่อไปนี้ คือการสร้างความนับถือในตัวเอง การทำงานอาสาสมัคร การสนับสนุนทางการศึกษา การชักจูงเตรียมการการดูแลสุขภาพ การเล่นกีฬาและทำกิจกรรมทางศิลปะ และการให้ความรู้ในโรงเรียน

ผลของการใช้รูปแบบยังพบว่า พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของนักเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดพิจิตร ที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนา รูปแบบ ได้แก่ การอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึทางเพศ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดพิจิตรที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนา รูปแบบ ได้แก่ มีคูรัก (แฟน) การอ่านหนังสือกระตุ้นความรู้สึทางเพศ การถูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว จูบกับคูรัก และเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทางเพศศึกษา ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบเสมอ ด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองและเป็นวัยที่มีความต้องการทางเพศสูงจากระบบฮอร์โมนในร่างกาย การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น และการให้ความรู้เรื่อง

เพศศึกษา จึงทำให้วัยรุ่นจำนวนหนึ่งต้องการทดลองทำกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้พบผลการปฏิบัติเพิ่มขึ้น หลังจากการใช้รูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wight, D. *et al.*, (2002) ได้ทำการศึกษาการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และความสัมพันธ์ในโรงเรียน พบว่าโครงการให้ความรู้ที่มีคุณภาพ ได้รับการยอมรับจากเด็กที่ได้รับการอบรมเป็นอย่างมาก ทำให้มีความรู้ที่ดีและลดอัตราความเสียหายในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกได้ อย่างไรก็ตามความรู้ที่ได้ไม่มีผลเกี่ยวข้องอย่างใดกับการใช้อุปกรณ์ในการคุมกำเนิดและพฤติกรรมทางเพศ ผลการวิจัยแนะนำว่า โปรแกรมการให้ความรู้เฉพาะนี้ ช่วยลดอัตราการเข้าใจผิดลงได้ แต่ต้องมีวิธีการนำเสนอหลายๆ ด้าน อย่างไรก็ตามเมื่อได้ทดลองปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นแล้วแต่ยังพบว่า วัยรุ่นมีเจตคติทางเพศ และทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นหลังจากดำเนินกิจกรรม 3 เดือน ถือได้ว่ารูปแบบที่กำหนดขึ้น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม และได้รูปแบบการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and Educational Approach โดยต้องมีการทำงานเป็นทีม และได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คือ Family based, School based และ Community based โดยต้องให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่วัยรุ่นเกี่ยวกับให้วัยรุ่นมีภูมิคุ้มกัน มีทักษะชีวิต สร้างเจตคติ เปลี่ยนมุมมองชีวิต ค่านิยม สร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง การไม่เปิดโอกาสการไม่ทำตามเพื่อน Protection mind มีความรู้การคุมกำเนิดใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ตั้งใจเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับ โดยได้มีการทดลองใช้รูปแบบในกลุ่มนักเรียนมัธยมและอาชีวศึกษา ซึ่งควรมีการนำกิจกรรมเพิ่มทักษะชีวิตนี้ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับอื่นๆ ด้วย โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาและกิจกรรม เวลา ให้เหมาะสมสามารถติดตามผลระยะยาวได้

สำหรับการดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน เพื่อร่วมในการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบที่จะ

นำไปใช้ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว
โรงเรียน และชุมชนอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ประจักษ์ วัฒนะกุล อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ผศ.ดร. จรรยา สันตยาร รองคณบดีฝ่ายวิจัยบัณฑิตศึกษาและวิเทศสัมพันธ์ ผศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ หัวหน้ากลุ่ม วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนและให้การชี้แนะในการดำเนินการ วิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยม และ อาชีวศึกษาจังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัด พิจิตร (กศน.) ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และ นักเรียนในสถานศึกษาในจังหวัดพิจิตร ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ จนทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กาญจน์ สีห์โสภณ และคณะ. (2533). ภูมิหลังและอัตมโนทัศน์ของมารดาวัยรุ่นและการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของบุตรแรกเกิด. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกวรรณ อังกะสิทธิ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพและการเห็นคุณค่าของตนเองของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; หน้า 16.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพ จิตกระทรวงสาธารณสุข.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2546). สุขภาพคนไทย 2546. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา หะวานนท์. (2529). ปัญหาทางเพศของวัยรุ่นและการทำแท้ง. การประชุมวิชาการ ผู้หญิงทันสมัย หัวข้อเรื่องสร้างองค์ความรู้ผู้หญิงกับสุขภาพ. 13-14 มิถุนายน 2539; โรงแรม เอส.ดี.เอนิว กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขและคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ กลนริศ. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาวลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์. วท.ม(พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร มณีแสง. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วท.ม (พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีจำกัด
- ศิริกุล อิศรานุกรักษ์ และวรรณา เตชะนิชัยพงศ์. (2543). ทบทวนสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชน อายุ 6-24 ปีที่กำลังศึกษา พ.ศ.2532-2542. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- สรिता วรรณวงศ์. (2528). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. วท.ม (ระบาดวิทยา)., มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายฤดี วรจิโกคาพร. (2529). วัยรุ่นทำอะไรกันอยู่. ประชากรและการพัฒนา; หน้า 1-7.

- สุชัย อินทรประเสริฐ. (2530). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ใน กำแพง จาตุรจินดา และคณะ (บรรณาธิการ). สถิติศาสตร์
รามาชิตี. (หน้า 513-512) กรุงเทพฯ:โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- สุธีรัตน์ แก้วประโลม. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ.โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์; หน้า 18-19.
- เสาวรส มิกุล. (2543). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์, 18(11), 14-24.
- Balding, J. (2003). Young people in 2002. Exeter: Schools Health Education Unit, University of Exeter.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- BMRB International. (2001). Evaluation of the Teenage Pregnancy Strategy. Tracking survey. Report
of results of benchmark wave. January 2001. Retrieved on Feb 20, 2007 from
<http://www.teenagepregnancyunit.gov.uk>
- BMRB International (2003). Evaluation of the Teenage Pregnancy Strategy. Tracking survey. Report
of results of nine waves of research. October 2003. London: BMRB International.
- Bobak, I. M. & Jensen, M.D. (1997). Essentials of maternity nursing : the nurse and the childbearing
family. (2nd ed.) St. Louise: C.V. Mosby.
- Botting, B., Rosato, M. and Wood, R. (1998). Teenage mothers and the health of their children.
Population Trends 93 :19-28.
- Brook (1998). "Someone with a smile would be your best bet..." What young people want from
sex advice services. London: Brook Advisory Centers. Retrieved on Feb 20, 2007 from
<http://www.teenagepregnancyunit.gov.uk>
- Churchill, D. (2000). Consultation patterns and provision of contraception in general practice before
teenage pregnancy: case control study. British Medical Journal 321: 486-9.
- Coren, E. and Barow, J. (2004). Individual and group-based parenting programmes for improving
psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Library, Issue 1.
Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Darroch, J. and Singh, S. (1999). Why is teenage pregnancy declining? The roles of abstinence, sexual
activity and contraception use. Occasional Report No.1. New York: Allan Guttmacher Institute.
Retrieved on Feb 20, 2007 from http://www.agi-usa.org/pubs/or_teen_peg_decline.html
- Dicenso, A., et al. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents:
systematic review of randomised controlled trials. British Medical Journal 324 (7531): 1426.
- Emler, N. (2001). Self-esteem: the costs and causes of low self-worth. York: Joseph Rowntree
Foundation. Retrieved on Feb 20, 2007 from [http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/
socialpolicy/pdf/N71.pdf](http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialpolicy/pdf/N71.pdf)
- Ermisch, J. and Pevalin, D. (2003). Who has a child as a teenager? ISER working paper 2003-30.
Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex. Retrieved on
Feb 20, 2007 from <http://www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2003-30.pdf>
- Gibson, C. H. (1993). A study of empowerment in mother of chronically ill children. Unpublished
doctoral Dissertation, Boston college, Boston.

- Hall, WA. (1994). Adolescent childbearing and parenting IN.KA. May & L.R.Mahlmeister (Eds.). Maternal & Neonatal Nursing: Family-center Care.(3rd ed) (pp.197-216).Philadelphia : J.B.Lippincott comp.
- Holt, J. L. & Johnson, S. D. (1991). Developmental task : A key to reducing teenage Pregnancy. Journal of Pediatric Nursing, 6(3),191-196.
- Ingham, R., Clements, S. and Gillibrand, R. (2001). Factors affecting changes in rate of teenage conceptions 1991 to 1997. London: Teenage Pregnancy Unit. Retrieved on Feb20, 2007 from <http://www.teenagepregnancyunit.gov.uk>
- Jemmott, L.S., & Jemmott III, J.B. (1991). Applying the the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: Condom use among black women. Nursing Research.40(1),228-234.
- Kiernan, K. (1995). Transition to parenthood: young mothers, young fathers-associated factors and later life experiences. LSE Discussion Paper WSP/113. London: London school of Economics.
- Kirby, D. (2001). Emerging answers: research finding on programs to reduce unwanted Teenage pregnancy. Washington, DC, USA: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Retrieved on Feb20,2007 from <http://www.teenpregnancy.org/store/item.asp?productld=128>
- Ladewig, P.W., London,M.L.,& Olds, S.B.(1994). Essentials of maternal-Newborn Nursing. (3th ed). California : Cummings Publishing.
- Mandleco, B. L., & McCoy, J.K. (2000).Growth and development of the adolescent.N.L. Potts & B.L.Mandleco (Eds.) Pediatric nursing (pp.305-347). Albany,NY: Delmar.
- Neinstein, L. S. (1992).Adolescent health planning care : A practical guide.(2nd).Baltimore ; William & Wilkins.
- ONS (2003). Contraception and sexual health, 2002. National statistics. London: Office of National statistics: Retrieved on March 20,2007 from http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Contracepts2002.pdf
- Poulin , C., & Graham, L.(2001) The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescent study. Addiction,96,607-621
- Steinberg, L. (1999). Adolescence.(5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Stone, N. and Ingham, R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 34 (4): 191-7.
- Stone, N. and Ingham, R. (2003). When and why do young people in the United Kingdom first use sexual health services? Perspectives on Sexual and Reproductive Health 35 (3): 114-20.
- Swann, C., Bowe, K., McCormick, G. and Kosmin, M. (2003). Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing. London: Health Development Agency. Retrieved on Feb20,2007 from [http:// www.hda.nhs.uk/evidence](http://www.hda.nhs.uk/evidence)

- Swann, C., et al. (2003). Evidence-based briefing paper on teenage pregnancy and parenthood. London: Health Development Agency. Retrieved on Feb20,2007 from <http://www.hda.nhs.uk/evidence>
- Wight, D., et al. (2002). The limits of teacher-delivered sex education: interim behavioral Outcomes from a randomized trial. *British Medical Journal* 324: 1430
- Stone, N. and Ingham, R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34 (4): 191-7.
- Whaley, A. L. (1999). Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents: focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both?.
- World Health Organization. (WHO). (1999). WHO technical report series 886: programming for adolescent health and development. Geneva, Switzerland: Division of mental health.

ประสิทธิผลของนวัตกรรม: อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ

The Effectiveness of Innovation: Sputum Culture Collection Device

อัลจนา ไชยวงศ์ พย.บ.	Aljana Chaiwongs	BSN*
วารินทร์ มาตรา พย.บ.	Warin Matra	BSN*
แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ พย.บ.	Sangaroon Jaiwongpab	BSN*

หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูน

*General Intensive care unit, Lamphun hospital, Lamphun

บทคัดย่อ

การเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งของการเฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการรักษายาบาล และโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการจัดซื้ออุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการประดิษฐ์อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ เพื่อให้เกิดความสะดวกปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ประดิษฐ์ขึ้น

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์การเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ ในประชากร 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ผู้ช่วยเภสัชคนไข้ และกลุ่มผู้ใช้งาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน หลังจากใช้นวัตกรรมเป็นเวลา 1 ปี ได้ทำการสำรวจระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม และวัดผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการส่งเสมหะเพาะเชื้อ

ผลการวิจัย

ในกลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์ มีความคิดเห็นว่า วัสดุในการจัดทำอุปกรณ์หาได้ง่าย การจัดทำอุปกรณ์ทำได้ง่ายสะดวก ใช้เวลาน้อย มีความพึงพอใจในขั้นตอนการจัดทำ ในกลุ่มของผู้ใช้อุปกรณ์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม นวัตกรรมมีความเหมาะสมในการใช้งาน มีความปลอดภัย และเมื่อนำนวัตกรรมมาใช้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ถึง 27,235-38,350 บาท/ปี

อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ มีความสะดวกและปลอดภัย ผู้เตรียมอุปกรณ์และผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม นอกจากนี้หลังจากมีการนำนวัตกรรมมาใช้สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ถึงปีละ 27,235-38,350 บาท/ปี

คำสำคัญ : อุปกรณ์การเก็บเสมหะเพื่อการส่งเพาะเชื้อ การเก็บตัวอย่างเสมหะ

Abstract

Nursing care of respiratory tract Infectious patients, the one thing very important is to follow sputum culturing to control the infection indicated to nursing quality assurance standard and the expenditures takes high cost for the apparatus using in the hospital. Thus, the author team has invented a new sputum collecting apparatus to use and promote the hospital reduce the cost.

To study the effectiveness of innovation: sputum culture collection device
Material and method: Cross sectional analytical study was performed in 2 groups of population; provider and user the provider consisted of 4 nurse-aids. The user group comprised 25 ICU nurses .after 1 year of implementation, the subjects evaluated their satisfaction and compared the new invention cost to the old one. The data analyzed by percentile test.

In the provider group, most of them shared opinions, it was very simply to prepare the new invention, not consumed time and they showed the most satisfaction, and finally reduced the cost gave benefit to the hospital. In the user group, the most satisfaction was performed and the expenditures comparing result was reduced 27,235 -38,350 baht a year.

The sputum collecting apparatus, new invention is suitable to use as an apparatus for sputum culture. After evaluation the provider and the user opinions were performed the most satisfaction and reduced the cost of expenditures so it is proper to use.

Key word : sputum collecting apparatus for culturing, sputum collecting

บทนำ

การเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น การค้นหาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถหาแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างทันที่ นอกจานี้ยังพบว่า การเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งของการเฝ้าระวังการติดเชื้อของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล (1) จากรายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2554 ของหอผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลลำพูน พบ

ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา รวมทั้งสิ้นจำนวน 987 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 829 ราย (2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อเพื่อช่วยวินิจฉัยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (3) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเก็บเสมหะส่งตรวจนั้น ต้องจัดเตรียมอุปกรณ์และวิธีการเก็บที่สะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อน ซึ่งจะมีผลทำให้การแปลผลการเพาะเชื้อผิดพลาดได้ ซึ่งจะส่งผลต่อแผนการรักษาของแพทย์ด้วยเช่นกัน (4) การเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ มีวิธีที่แตกต่างกันออกไป วิธีการเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานหอผู้ป่วยหนัก วิธีการเดิมใช้

การเก็บเสมหะส่งตรวจโดยการดูดสาย suction ใส่ขวด sterile ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีความยุ่งยาก และมีโอกาสเกิดการปนเปื้อนได้สูงถึงร้อยละ 50 เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนที่เกิดขึ้น จึงเปลี่ยนมาใช้อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งตรวจของทางบริษัท แทนการเก็บเสมหะส่งตรวจแบบเดิม ซึ่งมีราคาชุดละ 80 บาท จากสถิติผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยการส่งเสมหะส่งเพาะเชื้อ พบว่ามีจำนวนมากถึงปีละ 419-590 ราย/ปี จากสถิติดังกล่าวคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้ออุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อเป็น 33,520-47,200 บาท/ปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงในการสั่งซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวจากบริษัท ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยการนำขวดยาฉีดที่ใช้แล้ว นำมาประกอบกับสาย suction บรรจุห่อแล้วนำไปผ่านกรรมวิธีปราศจากเชื้อ ก่อนนำมาเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ได้ศึกษาความคิดเห็นและความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์การเก็บเสมหะเพื่อการส่งเพาะเชื้อ ในประชากร 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน และกลุ่มผู้ใช้งาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 25 คน หลังจากใช้งานเป็นเวลา 1 ปี ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจ และวัดผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการส่งเสมหะเพาะเชื้อ สถานที่ศึกษาหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556

กลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์

กลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน ได้รับการสอนวิธีการเตรียมอุปกรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการสร้างนวัตกรรมชุดเก็บเสมหะส่งตรวจ ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม ครั้งที่ 1

1. นำขวดยาฉีดที่ใช้แล้วมาล้างทำความสะอาด (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ขวดยาที่ล้างทำความสะอาดเรียบร้อยแล้ว
2. ใช้มีดตัดจุกยางปิดขวดทั้ง 2 ด้าน เพื่อสอดสาย suction (รูปที่ 2) ตัดสาย suction ออกเป็น 2 ส่วน ส่วน

ที่ 1 ตัดสายสั้นด้านหัวต่อสีเขียว ส่วนที่ 2 ตัดยาวเป็นสาย suction (รูปที่ 3) นำสายทั้ง 2 เส้นประกอบใส่ขวด และปิดด้วยจุกยางที่มีรอยตัดทั้ง 2 ข้าง (รูปที่ 4)



รูปที่ 2 แสดงรูปการตัดจุกยางปิดขวด



รูปที่ 3 สาย suction ที่ถูกตัดออกเป็น 2 ส่วน



รูปที่ 4 อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ประกอบเรียบร้อยแล้ว

ปัญหาที่พบในการสร้างนวัตกรรมครั้งที่ 1 คือ จุกยางปิดขวดไม่แน่น เนื่องจากทำการตัดจุกยางทั้ง 2 ด้าน ออกไม่เสมอกัน เมื่อนำไปปิดขวด ทำให้หลวมหลุดได้ง่าย

และมีแรงดันไม่เพียงพอสำหรับการดูดเสมหะ ได้นำปัญหาที่พบ มาทบทวนแก้ไข ต่อเนื่องและทำการพัฒนาครั้งที่ 2 ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนาวัตกรรมการ์ 2

เมื่อพบว่าปัญหาที่เกิดจากจุกยางปิดขวดหลวม มีแรงดันแรงดันไม่เพียงพอสำหรับการดูดเสมหะ จึงเปลี่ยนวิธีการ จากการตัดจุกยางเป็นการเจาะตรงกลางจุกยาง 1 รู เพื่อใช้สอดสาย suction (รูปที่ 5-7)



รูปที่ 5 ลักษณะการเจาะรูบริเวณจุกยาง



รูปที่ 6 ลักษณะการใส่สาย suction



รูปที่ 7 อุปกรณ์ดูดเสมหะเพื่อส่งตรวจที่ประกอบเรียบร้อยแล้ว

ผลจากการพัฒนาครั้งที่ 2 จุกยางปิดขวดแน่นขึ้น มีแรงดันพอที่จะดูดเสมหะได้ดีขึ้น แต่ได้รับการประเมินจากผู้เตรียมอุปกรณ์ พบว่าวิธีดังกล่าวไม่สะดวกในการใส่สาย suction 2 เส้นผ่านรูเดียว จึงได้ทำการพัฒนาวัตกรรมการ์ 3 ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม ครั้งที่ 3

จากปัญหาความไม่สะดวกของการใส่สายผ่านรูตรงกลางของจุกยาง จึงทำการเจาะรูเพิ่มอีก 1 รู (รูปที่ 8) และนำนวัตกรรมที่พัฒนาครั้งที่ 3 ไปใช้งานกับผู้ป่วย



รูปที่ 8 อุปกรณ์ดูดเสมหะเพื่อส่งตรวจที่ประกอบเรียบร้อยแล้ว



รูปที่ 9 อุปกรณ์เก็บเสมหะเพื่อการส่งเพาะเชื้อที่ผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อเรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนการตรวจสอบการปราศจากเชื้อของอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ

1. ภายหลังการทำให้ปราศจากเชื้อได้ทำการสุ่มตรวจอุปกรณ์ดังกล่าว โดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบการปนเปื้อนในอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ
2. อุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อแล้วจะมีอายุการใช้งาน 6 เดือน มีการตรวจสอบวันหมดอายุของอุปกรณ์ทุกวันโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนัก ถ้าหากพบว่าอุปกรณ์หมดอายุก็จะนำกลับไปผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อใหม่

กลุ่มผู้ใช้นวัตกรรม

กลุ่มผู้ใช้นวัตกรรม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 25 คน ก่อนการนำนวัตกรรมไปใช้จริงได้มีการทดลองใช้นวัตกรรมเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 25 คน ผู้วิจัยสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 25 คน พยาบาลวิชาชีพให้ความเห็นว่านวัตกรรมเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ มีความเหมาะสมในการใช้งาน สะดวก ปลอดภัย และเมื่อ

สอบถามการใช้งานของนวัตกรรม เทียบกับอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อของบริษัท พบว่าการใช้งานมีความสะดวก สบาย ใช้เวลาในการเก็บเสมหะส่งตรวจเท่ากัน หลังจากนำนวัตกรรมมาใช้เป็นเวลา 1 ปี ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจ และวัดผลลัพธ์ค่าใช้จ่ายในการส่งเสมหะเพาะเชื้อ

ผลการศึกษา

มีประชากรที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 29 คน ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์พบว่า เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มผู้ใช้นวัตกรรม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี

กลุ่มผู้เตรียมอุปกรณ์ มีความคิดเห็นว่า วัสดุในการจัดทำอุปกรณ์หาได้ง่าย การจัดทำอุปกรณ์ทำได้ง่าย สะดวก ใช้เวลาน้อย (ใช้เวลาว่างจากการทำงานประจำ) มีความพึงพอใจในขั้นตอนการจัดทำอุปกรณ์ในกลุ่มของผู้ใช้ อุปกรณ์มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม นวัตกรรมมีความเหมาะสมในการใช้งาน มีความปลอดภัย ใช้งานได้ง่าย สะดวก

หลังจากนำนวัตกรรมเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อมาใช้พบว่านวัตกรรมเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อสามารถลดค่าใช้จ่ายในซื้ออุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อได้ครั้งละ 65 บาท และเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในแต่ละปีงบประมาณ พบ

ว่าลดค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อได้ถึง 27,235-38,350 บาท/ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ซื้อจากบริษัทกับนวัตกรรมที่สร้างขึ้น

ปีงบประมาณ	จำนวนการเก็บเสมหะ ส่งตรวจ (ครั้ง/ปี)	บริษัท (80 บาท/ชุด)	นวัตกรรม (15 บาท/ชุด)	ลดค่าใช้จ่าย (บาท/ปี)
2554	419	33,520	6,285	27,235
2555	424	33,920	6,360	27,560
2556	590	47,200	8,850	38,350

ลักษณะของอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ซื้อจากบริษัทและนวัตกรรมที่สร้างขึ้น



อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ซื้อจากบริษัท



นวัตกรรมเก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อ

การใช้งานของอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อที่ซื้อจากบริษัทและนวัตกรรมที่สร้างขึ้น มีลักษณะการทำงานที่เหมือนกัน คือเป็นอุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

วิจารณ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง และรวดเร็ว จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถหาแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างทันทั่วที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง(1)ในการจัดทำอุปกรณ์เก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะช่วยให้เจ้า

หน้าที่พยาบาลเก็บเสมหะส่งตรวจได้ง่าย สะดวก และไม่เกิดการปนเปื้อนระหว่างเก็บเสมหะส่งตรวจ นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้คือ นวัตกรรมที่ทำการทดลองใช้เฉพาะในหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการนำนวัตกรรมไปใช้ทั้งโรงพยาบาล

สรุป

อุปกรณ์เก็บเสมหะส่งเพาะเชื้อมีความเหมาะสมในการใช้งาน มีความสะดวก ง่ายต่อการใช้งาน ประหยัดค่าใช้จ่าย เกิดความพึงพอใจทั้งต่อผู้เตรียมอุปกรณ์ และผู้ใช้นวัตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ. สิริรัตน์ จันทมนเฑียร ที่ช่วยให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลลำพูน ที่ให้การสนับสนุน และขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ที่ให้การช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- อะเคื้อ อุนหละกะ. การเฝ้าระวังและการสอบสวนการระบาดของติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมือง; 2548.
- สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน, 2555.
- สถิติการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลลำพูน; 2555.
- Muzanyi G, Angel M, Nakamate T, Ogwang S &, Nyole S. Impact of directly observed sputum collection on sputum culture contamination rates. African Health Sciences 2011; 11(4): 605 – 606.

