

วารสาร

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2557

MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL

Vol. 11 No. 1 January - April 2014



เจ้าของ :

โรงพยาบาลมหาสารคาม

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	
นายแพทย์สุรกิจ	ยศพล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	
นายแพทย์ไพบุลย์	อัศวรัตน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการปฐมภูมิ	
นายวิฑูรย์	บุญทา
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	
นางสาวลัดดา	ชมภูหลง
รองผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล	
นายแพทย์พรชัย	พัชรินอรุณกร
รองผู้อำนวยการฝ่ายการเงินการคลัง	
นายแพทย์วีระศักดิ์	ศรีชวนชื่นสกุล
รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคณาฯ	

บรรณาธิการ :

นายแพทย์บวร	แสนสุโพธิ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ	

กองบรรณาธิการ :

นายแพทย์ธนิ	ฐิติพรรณกุล
แพทย์หญิงธนพร	มูทาพร
แพทย์หญิงสุใจ	บุรณะบุญญิต
ทันตแพทย์หญิงธนานันท์	อุณหนันท์
นายแพทย์เพิ่มศักดิ์	นามวิจิตร
นายแพทย์วิฑูรย์	ติยะไพบุลย์สิน
แพทย์หญิงวิภาวดี	แสนโคตร
แพทย์หญิงกนกวรรณ	ฐสกุล (แก้วเขียว)
แพทย์หญิงธนาพร	นันท์ธนพานิช
แพทย์หญิงอัจฉรียา	แสนมี
เภสัชกรหญิงกาญจนาภรณ์	ทองไกรรัตน์
นายประเวท	โต๊ะเงิน
นางบุญมี	สันโคษ
นางสาวคมสันต์	จริยนาวิชัย

ผู้ประสานงาน-ประชาสัมพันธ์ :

นางสุภากร	ผ่องอุดม
นายวีระยุทธ	บุญหลัง

สำนักงาน :

ห้องสมุด (วารสารวิชาการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม
168 ถนนผดุงวิทย์ ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000
อี - เมล์ Supa-Jour@hotmail.com
โทรศัพท์ 0-4374-0993-6 ต่อ 269
โทรสาร 0-4371-1433

ผู้เชี่ยวชาญประจำฉบับ :

นายแพทย์สุริยา	รัตนปริญญา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
นายแพทย์สุนทร	ยนต์ตระกูล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	
รศ.ดร.ณัฐจารพร	พิชัยณรงค์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	
อาจารย์เบญจา	มุกตพันธุ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
รศ.ดร.กาญจนา	นาถะพันธุ์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
รศ.ดร.วิรัตน์	ปานศิลา
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎี งานวิจัย บทความพิเศษ บทความพื้นวิชา รายงานผู้ป่วย รวมทั้งปฏิกิริยา ให้แก่นักงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการ
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศ

กำหนดออก :

เผยแพร่ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ จำนวนพิมพ์ 100 เล่ม

Health Science Journals.

URL:Thailand.Digital Journals.org/

พิมพ์ที่ :

สารคามการพิมพ์ - สารคามเปเปอร์ 84 ถนนผดุงวิทย์ (ทางไป อ.กมลาไสย)

ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

โทรศัพท์ 0-4371-2899 โทรสาร 0-4371-2897

อี - เมล์ spp_printing@hotmail.com

เว็บไซต์ spp.in.th

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ถือเป็นผลงาน วิชาการ งานวิจัย วิเคราะห์ วิจารณ์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัว ของผู้ประพันธ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไปและผู้ประพันธ์ จะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง

ถ้อยแถลง จาก บก.

สวัสดีปีใหม่ครับ พบกันอีกแล้ว สำหรับปีพุทธศักราช 2557 นี้ ก่อนอื่นผมขออวยพรให้ชาวสาธารณสุขทุกท่าน มีแต่ความสุขกาย สบายใจ กันถ้วนหน้า ประสงค์สิ่งใด ก็ขอให้สมหวัง ตั้งใจปอง และขอให้มีความสุข สนุกสนานกับการเฉลิมฉลอง ในเทศกาลปีใหม่ แต่อย่าลืมดูแลสุขภาพนะคะครับ ช่วงนี้อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อยครับ

ในส่วนของวารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ฉบับนี้ ได้เข้าสู่ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 แล้ว ในนามของทีมงานต้องขอขอบคุณทุกท่าน ทั้งผู้ที่เป็นเจ้าของผลงาน และโดยเฉพาะท่านผู้ทรงคุณวุฒิ (Pee review) ซึ่งท่านได้สละเวลาอันมีค่าของท่าน ได้ตรวจสอบเนื้อหา ความถูกต้อง ก่อนเผยแพร่ผลงาน ในส่วนผลงานที่ผ่านมา 10 ปี กระผมและทีมงานพร้อมที่จะพัฒนาคุณภาพการนำเสนอผลงานทุกเรื่อง ทั้งรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และรูปเล่มวารสาร ในทุก 4 เดือน ฉบับต่อไปเราคงพบกันใหม่ในเดือนพฤษภาคม 2557 ครับผม

นายธนิช ฐิติพรรณกุล
บรรณาธิการ



1

การพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

ขวัญชนก สิงคบุตร, วิรติ ปานศิลา, ปริญญา ผกานนท์

9

ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหัดด้วยเรียน ด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วรัญชรี ตั้งอารยทรัพย์, คลีนาก สุานะ

16

การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภอภูตรัง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556

จำนง ศรีทรัพย์

24

ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพและผลการใช้นโยบายจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ

ชมพูนุท พัฒนจักร

34

การเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพของคนงานทออวน ในระบบและนอกระบบ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

ทองปัทม์ ดอนประจักษ์, กาญจนา นาคะพินธุ

42

การพัฒนาแบบการเตรียมผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ณ ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

นันทนา สราญจิตร



49

การพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิ
ผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูล โรงพยาบาลนางรอง
จังหวัดบุรีรัมย์

นภาพ แจ่มประจักษ์

56

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษา
ผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ผกาพร วรเศยานนท์

63

การศึกษาสภาพการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวา
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, นกัสนันท์ วงษ์ไชยศิริ, นวพรรษ พิมวิเศษ,
เพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร

72

รายงานผู้ป่วย : มะเร็งเต้านมในเพศชาย

ภาณุวัฒน์ ชันธสะอาด

77

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามการนับ
คาร์โบไฮเดรตและสารอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต

รติรัตน์ กสิกุล, เบญจา มุกตพันธุ์

86

สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ
ของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุในเขตพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง
อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

วรชาติ พรรณะ, กาญจนา นาถะพินธุ



93

การดำเนินงานของสถานีนอนามัยในจังหวัดมหาสารคาม
ที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(รพ.สต.)

วราพจน์ พรหมสัตยพรต, สุเมธนา กลางคาร

101

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

วิสุทธิ์ บุศย์ประจง

108

ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

อาภรณ์ นันโท

ต้นฉบับที่จะส่งให้บรรณาธิการ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสัน ขนาด เอ 4 (216X279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ ด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์เว้นบรรทัดตลอดบทความ ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่ หน้าปกชื่อเรื่อง เรียงลำดับ ที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้พิมพ์ทราบว่าให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์หรือไม่ และตีพิมพ์โดยไม่แก้ไขและไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 3 เล่ม

ส่งแผ่นดิสก์ต้นฉบับ ขนาด 3.5 นิ้ว ซึ่งเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียวในแฟ้มข้อมูล รูปแบบอักษร Angsana UPC ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว ระบุเวอร์ชันที่ใช้พิมพ์ ชื่อแฟ้มข้อมูล และเขียนชื่อแฟ้มข้อมูล ชื่อผู้พิมพ์ และอีเมลผู้พิมพ์บนแผ่นดิสก์ที่ใช้พิมพ์ต้นฉบับ

หมายเหตุ : ขนาดวารสาร 8 หน้ายก 1 ปี มี 3 ฉบับ จำนวน 100 ฉบับ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ <http://Thailand.digital journal.org/>

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณสุภากร ผ่องอุดม

โทรศัพท์ 0-4374-0993-6 ต่อ 269 มือถือ 08-98431824, 08-76426168

หรือ อีเมล Supa-Jour@hotmail.com, Supa.mkh@gmail.com

การพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร

THE DEVELOPMENT OF A MODEL FOR CERVICAL CANCER SCREENING SERVICES FOR WOMEN AT RISK, AS A RESULT OF PARTICIPATION OF THE HEALTH NETWORK IN CHIANG PENG SUB-DISTRICT, PATIU DISTRICT, YASOTHON PROVINCE.

ขวัญชนก สิงคิบุต¹, วิรติ ปานศิลา², ปริญญา ผกานนท์³
Khuanchanok Singkibut¹, Viras pansila², Parinya Phakanon³

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้นสามารถป้องกันได้ด้วยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีกระบวนการจัดการที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 55 คน ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ร่วมกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมในครั้งนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) คัดเลือกข้อมูลให้ชุมชน 3) ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม 4) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 5) ติดตามให้คำแนะนำ 6) ผนวกตรวจสอบมะเร็งปากมดลูก 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 8) ประเมินผล ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ประกอบด้วย 1) พัฒนาแกนนำและเครือข่ายในการดำเนินงาน (Network) 2) สร้างการรับรู้แก่สตรีกลุ่มเสี่ยง (Awareness) 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน (Community Support) 4) การบริการเชิงรุกโดยเครือข่ายสุขภาพ (Offensive Care) หรือ NOCA Model ซึ่งรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชนดีขึ้น และสตรีกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมเพิ่มขึ้น

¹นิสิตปริญญาโทสาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

^{2,3}อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเครือข่ายสุขภาพคือการใช้เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมร่วมกับการดำเนินการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน.

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วม, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.

Abstract

Cervical cancer is a health problem that may affect more women. However, cervical cancer can be easily detected in the first stage by means of cervical cancer screening, and then it can be treated. For women at risk for an increase in cervical cancer screening, which they may receive they get participation with a health network.

This research was the participatory by action research, which aimed at studying state of community participation and development of a model for cervical cancer screening services in the community. The subjects consisted of 55 persons who were community leaders and stakeholders. Development processes included workshops applying the concept of community Participation and Technology of Participation of King Pokklao's institute and appreciate influence control. Qualitative data were gathered by in-depth interview. The quantitative data analysis employed percentages, means, and standard deviations.

The results revealed development of a model for cervical cancer screening services for women at risk by participating in this 8 step 1) Educational context and conditions for the participation of the community 2) Informative community 3) Workshop on participatory planning 4) Implement the action plan 5) Follow up and monitoring 6) Cervical cancer screening campaign 7) sharing knowledge activity 8) Evaluation and success factors. After implementing the NOCA model of the operation of the Network and Key Actors, Awareness to risk group, Community Support Technique and Offensive Care.

In conclusion, the key success model of development of a model for Cervical Cancer Screening Services. Using technology to engage. Resulted in the participation of the community, including the search for a truly cooperation complicity. And evaluation. Which allows a women with cervical cancer screening behaviors are appropriate.

Keywords : Model development, Participation, Cervical cancer screening.

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยรุ่นสาวจนถึงวัยชรา พบมากในช่วงอายุ 30 - 50 ปี ในแต่ละปีผู้หญิงทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นปีละ 500,000 คน เสียชีวิตปีละ 200,000 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่ง และมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือมะเร็งปากมดลูก จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2553 พบผู้เสียชีวิตมากที่สุดในพื้นที่ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคใต้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหญิงไทยมีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ 5,000 คน หรือคิดเป็นผู้เสียชีวิตวันละ 14 คน จากรายงานสถานการณ์การป่วยรายใหม่จากมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 พบว่าพื้นที่ภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง มีอัตราการป่วยรายใหม่ประมาณ 4,000 ราย ต่อปี ส่วนพื้นที่ภาคใต้ พบว่ามีประมาณ 1,400 ราย ต่อปี โดยจะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยจากโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลงจากเดิมเพียงเล็กน้อย โดยในแต่ละปีนั้นมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10,000 คน หรือคิดเฉลี่ยเป็นวันละประมาณ 27 คน¹

จากข้อมูลอัตราป่วยต่อแสนประชากรโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย ปี 2549 - 2552 เท่ากับ 18.6, 22.1, 22.5, 20.6 และ 19.4 ตามลำดับ ข้อมูลการตายต่อแสนประชากร ปี 2549 - 2552 เท่ากับ 5.2, 5.2, 5.4, 5.3 และ 5.4 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกเท่าที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี (Human Papilloma Virus : HPV) บริเวณปากมดลูก เชื้อนี้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันเสี่ยงส่งเสริมทำให้ปาก มดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV ได้มากขึ้นหรือง่ายขึ้น ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยหรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย เป็นต้น²

การตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายของ

โรคมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติโดยการ ทำ Pap smear หรือ VIA (Visual Inspection of cervix with Acetic acid) ประกอบกับการดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาตามระบบและการจี้เย็น (Cryotherapy) ผลการวิจัยทั่วโลก ระบุว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการ ทำ PAP Smear สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคได้มากกว่า ร้อยละ 90 และหากทำได้อย่างมีคุณภาพจะครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดได้สูง³

จากการศึกษา พบว่า การทำ Pap Smear 1 ครั้ง ทุก 1 - 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 91 - 93 และการทำ Pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 91 (โดยทำ Screen ในสตรีอายุ 35 - 65 ปี) จากการศึกษาในหลายประเทศ พบว่าการตรวจคัดกรองด้วย Pap smear ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด⁴

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด เพื่อเร่งรัดและสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมสตรีอายุ 30 - 60 ปี อย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในระยะเวลา 5 ปี เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึงปีงบประมาณ 2557 โดยมีเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย 1.5 ล้านคน จะสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี 2,250 ราย ช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างน้อย 1,125 ราย ประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ 225 ล้านบาท และประหยัดค่าใช้จ่ายโดยรวมของชาติลงได้ 2,250 ล้านบาท⁵

จังหวัดยโสธรได้ดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายภายใน 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ถึง ปีงบประมาณ 2557 สตรีอายุ 30 - 60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 โดยแบ่งเป้าหมายรายปี ในปีงบประมาณ 2553 พบว่ากลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 23.50 ในปีงบประมาณ 2554 จังหวัดยโสธรจึงได้กำหนดเป้าหมายการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกสะสม จากปี 2553 - 2554 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40 พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพียงร้อยละ 38.88

ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงได้ดำเนินงานศึกษาวิจัย โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัยแบบเจาะจง คือ ตำบลเชียงเพ็ง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซ่ง เนื่องจากเป็นตำบลที่ได้รับคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรให้เป็นต้นแบบในการจัดการสุขภาพ มีการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่าย จากทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงเพ็งก็ให้การสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลด้วยดีเสมอมา ซึ่งในปี 2554 กลุ่มเสี่ยงในตำบลเชียงเพ็ง มีสตรีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 914 คน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 474 คน คิดเป็นร้อยละ 51.85 และพบผู้ป่วยระยะแรก 1 ราย ซึ่งได้รับการส่งต่อและเข้ารับการรักษาตามระบบ แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด⁶

ระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มีการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ สสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ส่งจดหมายเชิญกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการ รับผิดชอบตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีละ 2 ครั้ง และส่งจดหมายแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร จากการสุ่มสำรวจในกลุ่มที่ไม่รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 35 คนพบว่า ในส่วนของผู้รับบริการยังอายุที่ต้องเปิดเผยอวัยวะร้อยละ 38.18 ขาดความรู้ ร้อยละ 36.13 สามี่ไม่ให้นำตรวจร้อยละ 10.26 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่ประจำในพื้นที่ ระบบบริการยังไม่มีคลินิกประจำ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตรวจเพียงปีละ 2 ครั้ง ไม่มีการออกตรวจคัดกรองเคลื่อนที่ ขาดการประชาสัมพันธ์ ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁷

ปี 2553 ตำบลเชียงเพ็งมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซ่งได้ส่งหนังสือเชิญผู้ป่วยให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่

เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าไม่เป็นอะไร จึงไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกที่ช่องคลอด จึงเข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร และได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม และทำการรักษาตามระบบเป็นระยะเวลา 1 ปี สุดท้ายผู้ป่วยก็ได้เสียชีวิต สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เรื่องการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และระบบการค้นหา สสำรวจ และติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร

กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกันในทุกๆ กิจกรรมตลอดจนการที่จะให้ชุมชนสามารถสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเองนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง

ผู้วิจัยนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ชุมชนได้รับรู้ ตระหนัก และร่วมเป็นเจ้าของปัญหา วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน แนวทางแก้ไขปัญหาก็ได้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนตรงตามความต้องการของกลุ่มเสี่ยงและชุมชนสอดคล้องกับบริบทชุมชน เกิดการปฏิบัติร่วมกัน มีความต่อเนื่องและยั่งยืน⁸ การพัฒนารูปแบบการค้นหาและตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ได้พัฒนารูปแบบการค้นหาและการตรวจคัดกรองแบบเชิงรุกขึ้น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การร่วมมือ ร่วมใจกันระหว่างแกนนำชุมชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินงาน และดำเนินงานตามแผน ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างบูรณาการแบบองค์รวมที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ⁹ วิธีการแก้ปัญหาที่ได้มาจากการค้นคว้าร่วมกันจะมีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้มากกว่า

วิธีการแก้ปัญหาที่ได้จากการสั่งการของผู้มีอำนาจ หรือผู้บริหาร การแก้ปัญหของผู้ปฏิบัติงานที่ดำเนินการเอง โดยผู้ปฏิบัติงานจะได้มีโอกาสแก้ปัญหของเขา ปรับปรุงพัฒนา และประเมินตนเอง การวิจัยปฏิบัติการจึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและยินยอมพร้อมใจของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการงานนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัย มีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของตนมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งผู้วิจัย ได้ตัดสินใจนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ของสถาบันพระปกเกล้ามาใช้ในการระดมสมอง และดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กระตุ้นให้ชุมชนได้เกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ¹⁰

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) มาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) นำทุกภาคส่วนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายสุขภาพเพื่อร่วมกันดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในชุมชนรับรู้สภาพปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติตามแผน สังเกตการพัฒนา และสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน ก่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในตำบลเชียงเพ็งที่ตรงกับความต้องการความเหมาะสมกับบริบทชุมชนมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้จำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร ควรเป็นอย่างไร

วิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยนำขั้นตอนวิจัยของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการท์ ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) สะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในตำบลเชียงเพ็ง อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 55 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย แกนนำสตรีอายุ 30-60 ปี 15 คน แกนนำเพศชาย (สามี) 15 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 14 คน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 2 คน

การประชุมกลุ่มย่อย โดยการอบรม การสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลและแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม บันทึกการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานระหว่างเดือนสิงหาคม 2555 ถึงเดือนมกราคม 2556 โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

การวางแผน (กันยายน 2555) โดยมีกิจกรรมจัดเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ใช้เวลา 3 วัน มีการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อให้ชุมชนได้มีรับรู้ตระหนักและร่วมกันวางแผน หาแนวทางแก้ไขปัญหากิจกรรม ดังนี้ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม อบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันและค้นหาข้อมูลให้ชุมชน สร้างกฎเกณฑ์และข้อตกลงในการประชุม สร้างความรู้ (Appreciation : A) สร้างแนวทางพัฒนา (Influence) และสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control) เวลา 2 วัน

สังเกตผลการปฏิบัติ นิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการโดยการสังเกตจากการปฏิบัติงานของแกนนำชุมชน

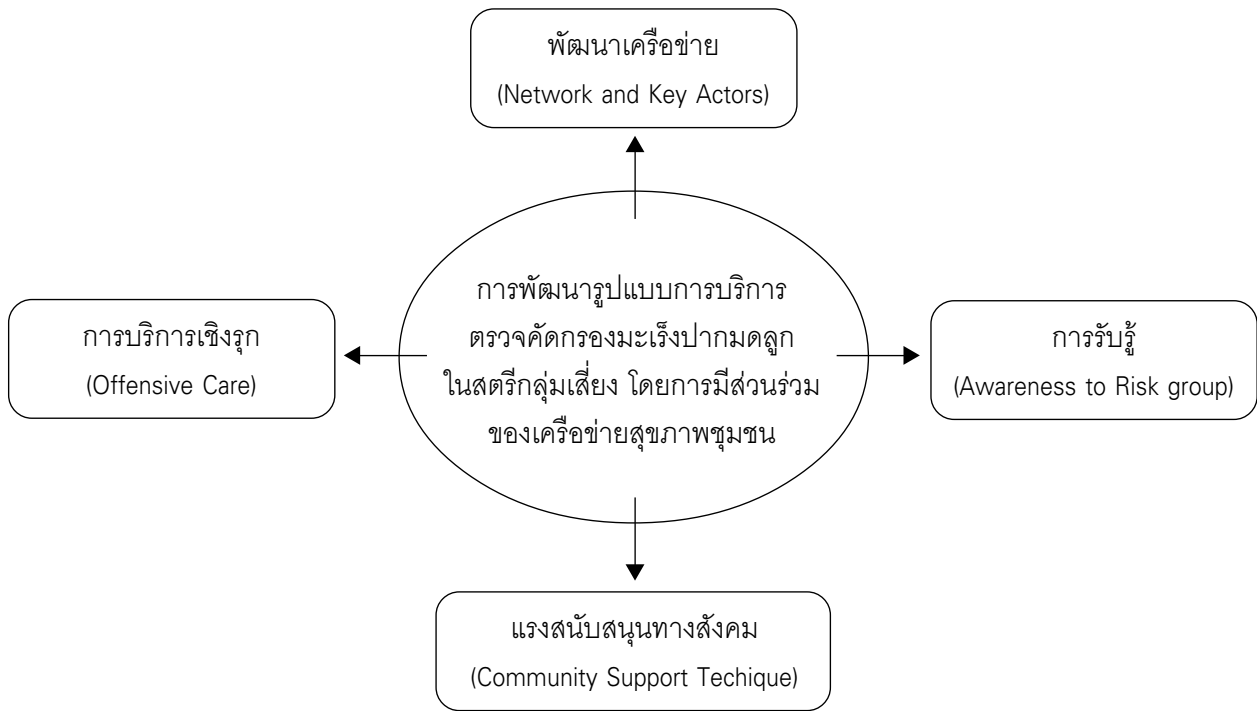
การสะท้อนกลับการปฏิบัติ ผนวกตรวจสอบคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จัดประชุมเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน เพื่อสรุปผลการพัฒนารูปแบบตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาหรือไม่อย่างไร นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการปรับแผนใหม่ (Planning Revision) ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องส่งเสริมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การสังเกตผลการปฏิบัติ และการสะท้อนกลับการปฏิบัติในวงรอบต่อไป

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.3) อายุระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 41.8) อายุต่ำสุด คือ 30 ปี อายุเฉลี่ย 42.85 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (ร้อยละ 39.5) และมีมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 39.5) รายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 41.8) มีอาชีพหลัก เกษตรกรรม (ร้อยละ 69.1) เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.2) และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการศึกษาบริบทชุมชน ทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา แนวทางแก้ไข ลำดับความสำคัญในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม ภายใต้การตัดสินใจร่วมกัน

ร่วมเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ลงมือปฏิบัติงานสังเกตการณ์พัฒนา และสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันเกิดแนวทางในการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาต่อไป ทุกกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

สรุปการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในชุมชน สำรวจ ติดตาม สตรีกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วย การรับรู้ สร้างการรับรู้ แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงและชุมชน ให้เกิดความรู้ และตระหนักเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ อสม. ผู้นำชุมชน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยใช้ เพลงแหล่งภัยมะเร็งปากมดลูก เสียงตามสาย แผ่นพับ โปสเตอร์ ป้ายไว้นิล จัดนิทรรศการ และอบรมให้ความรู้ สนับสนุนทางสังคม ความห่วงใยจากครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการกระตุ้นผลักดัน และอำนวยความสะดวกให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บริการเชิงรุก ออกหน่วยเคลื่อนที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก หมู่บ้านละ 1 ครั้ง โดยทีมเครือข่ายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับอำเภอร่วมกับการให้บริการคลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันพุธ และวันพฤหัสบดี โดยใช้รูปแบบ Noca Model การพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ดังภาพ)



NOCA Model การพัฒนาแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และวางแผนแก้ไข ปัญหาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทำให้การแก้ไข ไม่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ไม่สอดคล้อง กับบริบทชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อต้องการศึกษารูปแบบการพัฒนาระบบบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนในการพัฒนาระบบ เกิด การแก้ไขปัญหาดตรงตามความต้องการชุมชน เป็นการพึง เสี่ยงจากประชาชน โดยแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ของสถาบันพระปกเกล้า (TOP) ร่วมกับกระบวนการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ก่อให้เกิดกระบวนการการ มีส่วนร่วมของชุมชน เกิดเป็นแนวทางในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการและบริบท ชุมชน และ ส่งผลให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตำบลเชียงเพ็ง มีความครอบคลุมสตรีกลุ่มเสี่ยง¹¹ ที่ศึกษารูปแบบการ ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทธไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมโรค

ไข้เลือดออก ทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของ ชุมชน ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ¹² ที่ได้ศึกษาลักษณะ พัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบว่า การพัฒนารูป แบบบริการจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และอิทธิพลของคนในครอบครัว ต่อการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมายได้ดีและมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาถึงแนวทางการสร้างความยั่งยืนของ โครงการที่ได้จากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมและการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากขณะทำการวิจัยผู้วิจัยได้ ติดตามอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้วิจัยถอนตัวออกจากพื้นที่แล้ว จะมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้โครงการที่ได้จากกระบวนการ ของชุมชนมีความต่อเนื่องเกิดความยั่งยืนต่อไป

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลเพื่อกำหนดวงรอบในการพัฒนาเพิ่มขึ้น จะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน และต่อเนื่อง

4. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความพร้อมของชุมชนในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **สถิติเผยแพร่ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต**, (Internet) 2554. (เข้าถึง 5 มิ.ย. 2555) URL : <http://Social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131>.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารเผยแพร่ความรู้เพื่อนสุขภาพปีที่ 6 ฉบับที่ 5. ศูนย์อนามัยที่ 5**, (Internet) 2555. (เข้าถึง 5 พ.ค. 2555) URL : <http://hpc5.anamia.moph.go.th>.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. **วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก**, (Internet) 2553. (เข้าถึง 5 ก.ค. 2554) URL : http://hhdc.anamai.moph.go.th/download/sovonor/swn_94.pdf.
4. WHO. **ICO information Centre. HPV and cervical. (HPV information Centre). Summary report on HPV and cervical statistics in Thailand 2007**. (Internet)(Accessed 10 January 2012) URL : <http://who.int/hpvcntr>.
5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. **โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด**, (Internet) 2553. (เข้าถึง 16 พ.ค. 2554) URL : <http://www.nci.go.th/cxscreening/downloadpap%20project08022553.pdf>.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซเซ้ง. **การสำรวจข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเสี่ยงตำบลเซเซ้ง ปีงบประมาณ 2554**. ยโสธร; 2554.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเซเซ้ง. **เอกสารสรุปผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ 2554**. ยโสธร; 2554.
8. เอกราช บุญอาจ. **การพัฒนารูปแบบการค้นหาและตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก. บุรีรัมย์ : ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแก ตำบลเมืองแก อำเภอสตึก; 2550**.
9. ทวีป ศิริรัมย์. **การวางแผนพัฒนาและประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); 2545**.
10. ปานชีวา ณ หนองคาย. **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ สม. มหาสารคาม) : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551**.
11. นันทธร กิจไธสง. **รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมะเฟือง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 9 ฉบับที่ 1(16); 2555. p.155-161**.
12. อรอนงค์ เอี่ยมรอด. **ผลการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการปฐมภูมิ. พุทธชินราชเวชราช ปีที่ 29; 2555. p.233-241**.

ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดวัยเรียนด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

Knowledge, Self-care Behaviors and Asthmatic Control in School-age Children with Asthma on Supportive-Educative Nursing System, Based on Orem's Theory.

วรัญชรี ตั้งอารยทรัพย์*, คลีนาด ฐานะ**

Warancharee Tangarayasap*, Kleenaahd Thana**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดวัยเรียน ด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กโรคหืดวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่าย กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามครั้งแรก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 - กันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 40 ราย สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืด วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรค หลังการทดลอง ดีกว่า ก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรค ดีกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ภายหลังการทดลอง

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย ผลของการวิจัยแสดงการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรค มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และมีผลการควบคุมโรคดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มไปปรับใช้ในผู้ป่วยโรคหืดแต่ละรายต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผลการควบคุมโรค, เด็กโรคหืดวัยเรียน, การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, APN สาขาการพยาบาลเด็ก (โรคเรื้อรัง)**

Abstract

This quasi-experimental research study aiming to examine knowledge, self-care behaviors and asthmatic control in school-age children with Asthma on Supportive-Educative Nursing System, Based on Orem's Theory. The study consisted of 40 children, ages 6-12 years old receiving care at the Easy Asthma Clinic, Pediatric Department, Mahasarakham Hospital during the period of October 2011 until September 2012. The number of children was equally and randomly distributed to a control group and an experimental group. The controlled group was comprised of 20 school-age children receiving a regular conventional nursing care. The experimental group was comprised of 20 school-age children; who on the other hand, received the supportive-educative nursing system developed and administered by the researcher, based on Orem's theory. The assessment tools were as followed: (1) knowledge questionnaire, (2) self-care behaviors scale, and (3) asthma control assessment. The data was analyzed using descriptive statistics and T- test.

The research revealed several important findings. First, the mean score of knowledge, self-care behaviors and asthmatic control in the experimental group was significantly better after the experiment than before the experiment. Second, the mean score of knowledge, self-care behaviors and asthmatic control found in the experimental group was significantly better after the experiment than the mean score found in the control group ($p < 0.001$).

The findings suggest that the supportive-educative nursing system, based on Orem's nursing theory, should be a part of nursing care instructions used with a patient's care for school-age children with asthma to promote appropriate knowledge, self-care behaviors and asthmatic control for each of such patients; therefore, they can develop and appropriate self-care behaviors according to their own needs, conditioning factors, and capability.

Keywords : Self-care behaviors, Asthmatic control, School-age children with asthma, Supportive-educative nursing system, Orem's nursing theory.

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย¹ และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก² WHO ประมาณการว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกถึง 150 ล้านคน³ ในประเทศไทยพบในเด็กร้อยละ 10-15^{4,5} แนวทางการดูแลรักษากำหนดโดย WHO ร่วมกับ Heart Lung and Blood Institute เป็น Global Initiative for Asthma⁶ ประเทศไทยใช้แนวทางนี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา⁷ แนวทางนี้เน้นเป้าหมายการรักษาให้ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ดีอย่างต่อเนื่องจากการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เป็นหลัก ขั้นตอนการรักษาที่สำคัญ คือการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งการค้นหาลี้ภัยเสี่ยงสารก่อภูมิแพ้และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การประเมินระดับความรุนแรงของโรค การประเมินผลการควบคุมโรค การจัดการดูแลรักษา ทั้งระยะ Acute และ Chronic และการดูแลต่อเนื่อง^{8,9,10} แต่จากการสำรวจผลการดูแลรักษาโรคหืด¹¹ กลับพบว่าต่ำกว่ามาตรฐานผู้ป่วยร้อยละ 21.7 หอบมากจนต้องมาห้องฉุกเฉินในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 14.8 หอบรุนแรงจนต้องนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติ ความล้มเหลวนี้นับเป็นเช่นเดียวกับในอเมริกา¹² และยุโรป¹³ เกิดจากแนวทางการรักษาที่ยากซับซ้อน ผู้ให้การดูแลรักษาเปลี่ยนความคิดไม่ทัน ให้ความสนใจปัญหาโรคหืดน้อย ส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่พอใจกับอาการหอบที่ตนเองมีอยู่¹¹

จากข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม พ.ศ. 2552-2554 พบเด็กโรคหืด ร้อยละ 53.30 หอบมากจนต้องมาห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 46.30 หอบรุนแรงจนต้องนอนในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ปัญหาการดูแลรักษาที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง แสดงว่านอกจากคุณภาพการดูแลรักษาแล้ว ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคหืด การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองจะเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่จะบ่งชี้ว่าเด็กโรคหืดเหล่านี้จะมีโอกาสมีชีวิตอยู่อย่างปกติหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งตามทัศนคติของโอเร็มเชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก เมื่อมีความพร้อมในการดูแลตนเองจึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ให้สามารถสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง^{14,15,16}

บทบาทสำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล คือ การควบคุมกำกับดูแลให้พยาบาลทุกระดับในความรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือและใช้ความสามารถทางการแพทย์พยาบาล เพื่อพัฒนาความสามารถของเด็กโรคหืดด้วยเรียนให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตถึงขีดสูงสุดภายใต้ภาวะแวดล้อมของตน การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการช่วยพัฒนาความสามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กโรคหืดด้วยเรียน มีพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือโดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยเน้นความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดด้วยเรียนด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดด้วยเรียน ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดด้วยเรียนด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556 โดยใช้แบบวัดความรู้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเอง และแบบประเมินผลการควบคุมโรคหืดชุดเดียวกันก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กโรคหืดด้วยเรียนที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนดและมีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน

40 ราย สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยใช้แผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม สร้างสัมพันธภาพบนพื้นฐานของความไว้วางใจ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยความพร้อมโดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กโรคหืดด้วยเรียน ใช้ภาพพลิกฉบับการ์ตูน เรื่องโรคหืด การดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคสำหรับเด็กโรคหืดด้วยเรียนจำนวน 10 ราย และมีสมุดประจำตัวหนูน้อยโรคหืดฉบับการ์ตูน โดยให้ทดลองใช้กับเด็กโรคหืดด้วยเรียนที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหืดด้วยเรียนวัยเรียน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดของเด็กโรคหืดด้วยเรียน

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 9.27 ปี เริ่มหอบอายุเฉลี่ย 3.91 ปี ระยะเวลาหอบเฉลี่ย 5.41 ปี ระยะเวลารักษาเฉลี่ย 2.47 ปี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หอบมากจนมาห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 55 อาการรุนแรงจนต้องนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 45 เคยใช้ยาพ่น สูดสเต็มยรอยด์ ร้อยละ 85 อาการเกิดหลังติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 90 เคยได้รับความรู้มาก่อน ร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 9.29 ปี เริ่มหอบอายุเฉลี่ย 3.87 ปี ระยะเวลาหอบเฉลี่ย 5.38 ปี ระยะเวลารักษาเฉลี่ย 2.32 ปี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หอบมากจนต้องมาห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 50 อาการรุนแรงจนต้องนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 50 เคยใช้ยาพ่น สูดสเต็มยรอยด์ ร้อยละ 95 อาการเกิดหลังติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ เคยได้รับความรู้มาก่อน ร้อยละ 50

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง ก่อนและภายหลังการทดลอง

ความรู้	กลุ่มทดลอง						
	ผลการทดลอง		t	df	P-value (2-tailed)	95% CI of the Difference	
	X	SD				Lower	Upper
ก่อน และหลังทันที	04.15	02.83	06.55	19	.000	05.48	02.82
ก่อน และ 12 สัปดาห์	06.55	02.91	10.06	19	.000	07.91	05.19
หลังทันที และ 12 สัปดาห์	02.40	01.50	07.15	19	.000	03.10	01.70

P <.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรคของกลุ่มทดลอง ก่อนและภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง								
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	P-value (2-tailed)	95% CI of the Difference	
	X	SD	X	SD				Lower	Upper
พฤติกรรม	52.65	05.40	75.55	05.74	14.05	19	.000	26.31	19.49
การควบคุมโรค	05.65	03.73	00.85	01.04	07.03	19	.000	03.37	06.23

P <.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรค ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง							
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value (2-tailed)	95% CI of the Difference	
	X	SD	X	SD			Lower	Upper
ความรู้	17.30	02.23	20.70	00.92	06.31	.000	04.50	02.29
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	55.60	07.02	75.55	05.74	09.84	.000	24.05	15.84
ผลการควบคุมโรค	03.00	03.08	00.85	01.04	02.96	.007	00.65	03.65

P < .001

อภิปรายผล

การวิจัยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดวัยเรียนด้วยการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผล ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรค ภายหลังการทดลองดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลการควบคุมโรค ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลการควบคุมโรค ดีกว่า ก่อนการทดลอง และ ดีกว่า กลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

ทั้งนี้อาจเพราะผู้วิจัยกำหนดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม สอดคล้องกับแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยหืด (แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยหืด, 2551)¹⁰ ที่กำหนดการให้

ความรู้แก่เด็กโรคหืด ผู้ดูแลหลัก รวมทั้งครอบครัว เป็นหลักการสำคัญในการรักษาโรคหืดในเด็ก สอดคล้องกับ Global Initiative for Asthma (GINA, 2010)⁸ กำหนดให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคหืด แนวทางการดูแลรักษา ยาที่ใช้บ่อย อาการข้างเคียง และการป้องกัน การค้นหาและหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การประเมินระดับความรุนแรงและผลการควบคุมโรคหืด การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจัดทำแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ภาพพลิกให้ความรู้ และสมุดประจำตัวหุ้มน้อยโรคหืดฉบับการดูแลเพื่อให้เหมาะกับเด็กโรคหืดวัยเรียน การเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในห้องที่จัดเตรียมไว้เป็นการป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง การให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 6 ครั้ง เพื่อไม่ให้เกิดการล้มและติดตามอาการในระยะ 1 - 3 เดือน หลังจากเริ่มการรักษาจนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ controlled โดยให้สอดคล้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ สมาธิ และความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน-หลังการทดลองห่างกัน 3 เดือน เพื่อเว้นช่วงไม่ให้ใกล้กันเกินไปจนกลุ่มตัวอย่างสามารถจำข้อสอบได้ หรือขาดความสนใจในการตอบแบบวัดความรู้หลังการทดลอง อีกทั้งไม่ห่างกันเกินไปจนเกิดความงอแงทาง การเรียนรู้

สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา เกียรติสินันท์ (2548)¹⁷ ที่วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง การทดลอง โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเริ่มในเด็กวัยเรียน จำนวน 40 ราย ระยะเวลาศึกษา 7 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองภายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่คะแนนความรุนแรงของโรคหอบหืดภายหลังการทดลอง ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สอดคล้องกับการศึกษาของธกมล คงอ้อม (2551)¹⁸ ที่วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการสอนในมารดาของเด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืด 60 ราย ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหืดในเด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหืดภายหลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภายหลังการทดลอง

สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา แก้วเหลา (2551)¹⁹ ที่วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหืด 66 ราย ระยะเวลาศึกษา 5 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหืดด้วย 0-5 ปี สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนความรุนแรงของโรค ต่ำกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนพฤติกรรมมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคหืดด้วย 0-5 ปีกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนความรุนแรงของโรคหอบหืด ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องมากขึ้นส่งผลให้เกิดผลการควบคุมโรคที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคะแนนผลการควบคุมโรคของเด็กโรคหืดวัยเรียน กลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ดีกว่า ก่อนการทดลอง และ ดีกว่า กลุ่มควบคุม จึงควรนำผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรค การดูแลตนเองในเด็กโรคหืดวัยเรียนในพื้นที่อื่น ๆ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 อาจารย์ในสถาบันการพยาบาลควรนำ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มไปใช้ในการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหืด โดยยกตัวอย่างประกอบการสอนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเวลาที่ใช้ในการศึกษาให้มากขึ้น

2. ควรมีการนำผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่มไปศึกษาในเด็กโรคหืดวัยเรียนกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กโรคหืดวัยเรียนที่อยู่ในระยะกำเริบของโรค เด็กโรคหืดวัยเรียนที่มีอาการรุนแรงนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaiboonsri S. **Prevalence of asthma symptoms in adult 4 Cities of Thailand.** Joint scientific meeting the thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok, Thailand; 2002 : 112.
2. Rabe KF, Adachi M, Lai CK, et al : **Worldwide severity and control of asthma in children and adults : the global asthma insights and reality surveys.** J Allergy Clin Immunol 2004, 114 : 40-47.
3. Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM, et al. **National Surveillance of Asthma : United States, 2001-2010.** National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 3(35). 2012.
4. Kuroiwa C, Odajima H, Oudavong B, et al. prevalence of asthma, rhinitis, and eczema among children in Vientiane City, Lao PDR. **The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health.** 2006; 37 : 1025-33.
5. Teeratakulpisan J, Pairojkul S, Heng S. **Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, Northeast Thailand.** (An ISAAC study. International study of Asthma and Allergies in Childhood.) Asian Pac J Allergy Immunol 2000; 18 : 187-94.
6. Global initiative for asthma. **Global strategy for asthma management and prevention NHLB/ WHO workshop report, 1995.**
7. ประเสริฐ ทองเจริญ. **แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่.** แพทยสมาคม. 2538; 17-29.
8. Global initiative for asthma. **Global strategy for asthma management and prevention NHLB/ WHO workshop report, 2010.**
9. Paul M. O'Byrne. **Global guidelines for asthma management Summary of the current status and future challenges.** Polskie archiwum medycyny wewn?trzej. 2010; 120 (12)
10. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. **แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551.** กรุงเทพฯ : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2551 : 56-99.
11. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiaboonsri S, et al. **Survey of asthma control in Thailand.** Respirology 2004; 9 : 373-8.
12. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lazeno P, Martinaz F. **Inadequate use asthma medication in the United States : result of the asthma in America national population survey.** J Allergy Clin Immunol 2002; 110 : 58-64.
13. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. **Clinical management of asthma in 1999 : The Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study.** Eur Respir J 2000; 16 : 802-7.
14. Orem D. E. **Nursing : Concepts of practice.** 6th ed. St. Louis : Mosby; 2001.
15. Berbiglia V. **Self-Care, Dependent-Care & Nursing.** The Official Journal of the International Orem Society. 2008; 16 : 8-55.
16. Taylor SG & Renpenning K. **Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence- Based Practice.** Springer Publishing Company, 2011.
17. สุกัญญา เกียรติฐิณินันท์. **ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลและการควบคุมโรคหอบหืดในเด็กวัยเรียน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
18. ธกมล คงอิม. **ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคหืดในเด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหืด.** สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551.
19. ธิดา แก้วเหลา. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก.** สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผน ปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556

The Conditions of Problems and Performance Following the Process of Annual Public Health Operational Planning in Amphoe kudrung, Changwat Maha Sarakham in 2013

จ่านง ศรีทรัพย์*
Jum-nong Srisub*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปีและเปรียบเทียบความสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี 2556 อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดทำแผนปฏิบัติการ ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปีโดยรวมทุกขั้นตอนมีสภาพปัญหาอยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปีอยู่ระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการตามข้อมูล เพศ ตำแหน่ง ตำแหน่งตาม การปฏิบัติงาน ด้านอายุ อายุราชการ ระดับการศึกษาสูงสุด และด้านผลงานวิชาการเกี่ยวกับการวางแผน ที่ได้รับการอบรม พบว่า มีสภาพปัญหาภาพรวมทุกขั้นตอนตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี ไม่แตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.05$) ส่วนตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน อายุราชการ ระดับการศึกษาสูงสุด และจำนวนเรื่องวิชาการที่ เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ประจำปี ไม่แตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) ระดับการศึกษากับสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.03$) ส่วน เพศ อายุ อายุราชการ ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน และ จำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กันกับสภาพปัญหา ตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ ($P\text{-value} > 0.05$) และลักษณะประชากรด้านเพศ อายุ อายุราชการ ตำแหน่งตาม การปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($P\text{-value} > 0.05$) สภาพปัญหาตามกระบวนการ วางแผนปฏิบัติการ กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี มีความสัมพันธ์กันมาก ใน ทางบวก ($r = 0.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.001$)

คำสำคัญ : สภาพปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี.

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

Abstract

The purposes of this study were : to investigate the conditions of problems and performance following the process of annual public health operational planning, to compare levels of conditions of problems and levels of performance following the process of operational planning, and to examine relationships of demographic features with the conditions of problems and performance following the process of annual public health operational planning in 2013. A questionnaire was administered with the public health officials who made the operational plan. A comparative analysis and an analysis for relationships were conducted. The study results were subsequently presented by means of a descriptive analysis. The results of the study were as follows : The conditions of problems based on the process of annual public health operational planning as a whole were at a high level, while the performance following the process of annual public health operational planning regarding gender, position, work performance position, age, years of official service, the highest educational level, and the number of academic issues relating to planning as having been trained, it was found that these officials did not have different conditions of problems as a whole based on the process of annual public health operational planning (P-value > 0.05). And in comparing the different in performance following the process of operational planning, it was found that females had a greater mean in performance following the process of operational planning than males at the level of statistical significance (P-value = 0.05). However, in position. work performance position, age, years of official service, the highest educational level, and the number of academic issues relating to planning as having been trained, they did not have a different mean in performance following the process of annual public health operational planning (P-value > 0.05). The educational level and the conditions of problems based on the process of operational planning were related to each other at the 0.05 level of statistical significance (P-value = 0.03). However, gender, age, years of official service, work performance position, and the number of academic issues relating to planning as having been trained, in the past two years were not related to the conditions of problems based on the process of operational planning (P-value > 0.05). And the demographic features regarding gender, age, years of official service, educational level, and the number of academic issues relating to planning in the past two years and the performance following the process of operational planning were not related to each other (P-value > 0.05). The conditions of problems based on the process of annual public health operational planning and the performance following the process of annual public health operational planning were positively related to each other ($r = .095$) at the 0.001 level of statistical significance (P-value = 0.001).

Keywords : conditions of problems, annual public health operational planning.

บทนำ

การวางแผนเป็นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้บริหารและผู้ใต้บังคับบัญชาและปฏิบัติตามสามารถศึกษาเรียนรู้วิธีการขั้นตอนและกระบวนการทำงานที่ได้จากแผนก่อนลงมือปฏิบัติ เป็นตัวกำหนดทิศทางและความมุ่งหมายสำหรับองค์การให้ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รู้การวางแผนจะช่วยให้ผู้บริหารมองไปในอนาคต และเห็นโอกาสที่จะแสวงประโยชน์หรือกระทำต่างๆ ให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย การวางแผนเป็นการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลไว้ล่วงหน้า ซึ่งจะใช้ทฤษฎีแนวความคิดหลักการประกอบกับตัวเลข สถิติ และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ประกอบการตัดสินใจ เป็นการเตรียมการไว้ล่วงหน้าเมื่อกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมายตามต้องการและกิจกรรมที่จะกระทำเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และบังเกิดผลตามเป้าหมายนั้น โดยแผนปฏิบัติการประจำปี เป็นแผนที่แยกย่อยจากแผนกลยุทธ์หรือแผนพัฒนามีรายละเอียดเพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีรายละเอียดทั้งแผนงาน แผนเงิน และแผนเวลา มีความชัดเจนเพียงพอให้สามารถทราบได้ว่า จะทำอะไร จะทำเมื่อใด จะทำอย่างไร ใครเป็นคนทำ และมีค่าใช้จ่ายเท่าใดมีปฏิทินปฏิบัติงานและแผนกำกับกับการดำเนินงานที่จะทำให้การดำเนินงานในแผนปฏิบัติงานประจำปี บรรลุตามวัตถุประสงค์ การวางแผนปฏิบัติการ เป็นการวางแผนระดับปฏิบัติการในระบบการให้บริการสาธารณสุข ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและตำบลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีหน้าที่ที่จะต้องนำเอากลวิธีที่กำหนดไว้ในระดับสูงกว่ามาเป็นแนวทางการปฏิบัติแผนเพื่อให้รายละเอียดในการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข โดยการวางแผนงานในภาพรวมของประเทศ เพื่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้หน่วยงานทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นำไปวางแผนปฏิบัติการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาคมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข เข้าสู่แผนปฏิบัติในระดับจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ซึ่งหน่วยงานทุกระดับจะต้องกำหนดแผนงานและโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายที่สามารถทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในภาพรวมของประเทศได้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรังเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานซึ่งมีบทบาทหน้าที่ปรับเปลี่ยนแผนงานของทุกระดับสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้บังคับบัญชาเพื่อกำหนดนโยบายสู่การวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรังจะต้องมีกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี โดยบุคลากรและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอกุดรังมีส่วนร่วมการวิเคราะห์สภาพปัญหาและกระบวนการวางแผนปฏิบัติการตามนโยบายที่กระทรวงได้กำหนดให้ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำข้อมูลด้านบุคลากรและสภาพการณ์เพื่อนำมาปรับให้เกิดกระบวนการวางแผนเพื่อนำมาวางแผนที่จะแก้ไขและให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสภาพปัญหารวมถึงการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี และศึกษาความสัมพันธ์ต่อสภาพปัญหาและการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 37 คน ซึ่งใช้แบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert Type) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าอำนาจจำแนกใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.38-0.72 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน t-test (Independent) F-test โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffe Chi-Square Test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 ตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 27.0 ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.3 อายุ ในกลุ่มอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 32.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.84 ปี อายุราชการมากที่สุดในกลุ่ม 1-5 ปี ร้อยละ 35.1 โดยมีอายุราชการเฉลี่ย 9.70 ปี การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.4 ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ได้รับการอบรมเรื่องการใช้อคอมพิวเตอร์มาก

ที่สุด ร้อยละ 94.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาเป็น การอบรมเรื่องการจัดทำแผน/โครงการสาธารณสุข การประเมินผลงานและการวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ 51.4, 45.9 และ 37.8 ตามลำดับ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาได้รับการอบรมวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนมากที่สุด จำนวน 2 เรื่อง ร้อยละ 35.1 โดยมีจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรม เฉลี่ย 2.3 เรื่องต่อปี

ค่าเฉลี่ยสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี พบว่า อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D.=0.54) โดยขั้นตอนการติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลมีสภาพปัญหามากที่สุดที่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D.=0.66) รองลงมาเป็นขั้นตอนการจัดทำแผน มีสภาพปัญหาที่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (S.D.=0.49) และขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนมีสภาพปัญหาที่ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (S.D.=0.53) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับสภาพปัญหา และอันดับสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี
ขั้นตอนการจัดทำแผน ขั้นตอนการการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผล

กระบวนการวางแผน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ สภาพปัญหา	อันดับ สภาพปัญหา
ขั้นตอนการจัดทำแผน	3.58	0.49	มาก	2
การวิเคราะห์ปัญหา	3.59	0.64	มาก	
การจัดทำแผนงาน	3.64	0.61	มาก	
การใช้ข้อมูลในการวางแผน	3.52	0.63	มาก	
การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา	3.54	0.39	มาก	
การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย	3.54	0.41	มาก	
การเลือกกลวิธีที่เหมาะสม	3.65	0.61	มาก	
ขั้นตอนการการปฏิบัติตามแผน	3.54	0.53	มาก	3
การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติแผน	3.48	0.51	ปานกลาง	
การดำเนินการ	3.60	0.62	มาก	
ขั้นตอนการติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผล	3.67	0.66	มาก	1
การควบคุม กำกับงาน	3.70	0.65	มาก	
การประเมินผล	3.64	0.70	มาก	
รวมทุกขั้นตอน	3.60	0.54	มาก	

ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผน
ปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (S.D.=0.69) โดยขั้นตอนการติดตาม
ควบคุม กำกับและประเมินผล มีการปฏิบัติสูงสุดที่ระดับ
ปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (S.D.=0.94) รองลงมา

เป็นขั้นตอนการจัดทำแผน มีการปฏิบัติที่ระดับปานกลาง
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (S.D.=0.62) และขั้นตอนการปฏิบัติ
ตามแผน มีการปฏิบัติที่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
3.34 (S.D.=0.66) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับการปฏิบัติและอันดับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี
ขั้นตอนการจัดทำแผน ขั้นตอนการการปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการติดตาม ควบคุม กำกับ
และประเมินผล

กระบวนการวางแผน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับ การปฏิบัติ
ขั้นตอนการจัดทำแผน	3.39	0.62	ปานกลาง	2
การวิเคราะห์ปัญหา	3.39	0.84	ปานกลาง	
การจัดทำแผนงาน	3.47	0.79	ปานกลาง	
การใช้ข้อมูลในการวางแผน	3.35	0.82	ปานกลาง	
การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา	3.41	0.48	ปานกลาง	
การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย	3.32	0.53	ปานกลาง	
การเลือกกลวิธีที่เหมาะสม	3.43	0.85	ปานกลาง	
ขั้นตอนการการปฏิบัติตามแผน	3.34	0.66	ปานกลาง	3
การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติแผน	3.31	0.54	ปานกลาง	
การดำเนินการ	3.38	0.85	ปานกลาง	
ขั้นตอนการติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผล	3.43	0.94	ปานกลาง	1
การควบคุม กำกับงาน	3.48	0.91	ปานกลาง	
การประเมินผล	3.39	1.01	ปานกลาง	
รวมทุกขั้นตอน	3.39	0.69	ปานกลาง	

ค่าเฉลี่ยของสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผน
ปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี จำแนกตามเพศ ตำแหน่ง
ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน อายุ อายุราชการ ระดับการ
ศึกษาสูงสุดและจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผน
ที่ได้รับการอบรม มีสภาพปัญหาภาพรวมทุกขั้นตอนตาม
กระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี
ไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05)

เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตามกระบวนการ
วางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี มากกว่าเพศชาย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.05) ส่วนตำแหน่ง

ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน อายุ อายุราชการ ระดับการ
ศึกษาสูงสุด และจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการ
วางแผนที่ได้รับ การอบรมมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติตาม
กระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี
ไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05)

ด้านความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา มีความ
สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value =
0.03) กับระดับสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผน
ปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี ส่วนเพศ อายุ อายุราชการ
ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน และจำนวนเรื่องวิชาการที่

เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี (P-value > 0.05)

เพศ อายุ อายุราชการ ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี (P-value > 0.05) แต่สภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี มีความสัมพันธ์ระดับมากในทางบวก ($r = 0.95$) กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ด้านสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภออุดรฯ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D.=0.54) สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการวางแผนปฏิบัติงานของสำนักงานศึกษาธิการ¹⁵

การปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนภาพรวมทุกขั้นตอนมีการปฏิบัติอยู่ทุกระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (S.D.=0.69) กระบวนการทำแผนปฏิบัติการอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.56 และการศึกษาการดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปี รวมทุกขั้นตอนอยู่ในระดับปานกลาง⁷ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษากระบวนการวางแผนสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินการตามกระบวนการวางแผนอยู่ในเกณฑ์ดี การประเมินกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขระดับตำบล ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามกระบวนการได้ในระดับสูง⁹ กระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปี ในสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอและกิ่งอำเภอสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดมหาสารคาม โดยรวม มีการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปีอยู่ระดับมาก¹⁰ วิธีการและองค์ประกอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัด ระยอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 75¹¹

ด้านการเปรียบเทียบความแตกต่างของสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อำเภออุดรฯ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 พบว่า เพศ ตำแหน่ง ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน อายุ อายุราชการ ระดับการศึกษาสูงสุด และจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรม มีสภาพปัญหาภาพรวมไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05) การวางแผนมีปัญหการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปี โดยภาพรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ไม่แตกต่างกัน (P-value > 0.05)²

ด้านความสัมพันธ์ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.03) สภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี ส่วนเพศ อายุ อายุราชการ ตำแหน่งตามการปฏิบัติงาน และจำนวนเรื่องวิชาการที่เกี่ยวกับการวางแผนที่ได้รับการอบรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี (P-value > 0.05) แต่สภาพปัญหาตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี มีความสัมพันธ์ระดับมากในทางบวก ($r = 0.95$) กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการสาธารณสุขประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการประเมินกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขระดับตำบล อย่างมีนัยสำคัญ ระดับการศึกษาสูงสุด อายุราชการ การได้รับการอบรมในด้านการวางแผนงาน/โครงการสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูล⁹ และความพร้อมในการวางแผนสาธารณสุขของหัวหน้างานแผนงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวางแผนสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทุกแห่ง ที่พบว่า อายุและอายุราชการ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการวางแผนสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

ข้อเสนอแนะ

กระบวนการวางแผนปฏิบัติการหน่วยงานต้องเตรียมความพร้อมองค์กร ด้านบุคลากร และการพัฒนาความรู้ของบุคลากรในกระบวนการวางแผนปฏิบัติการอยู่เสมอถึงจะทำให้แผนปฏิบัติการสามารถตอบสนองการแก้ปัญหาในพื้นที่และทันต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การพัฒนาความรู้บุคลากรทุกคนด้านการวางแผนที่มีหลากหลายกระบวนการเพื่อให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกันและยึดมั่นในเป้าหมายการดำเนินงานเดียวกัน และหน่วยงานบริหารโดยเฉพาะหัวหน้าหน่วยงานต้องแสดง

นโยบาย แนวทางและเป้าหมายการดำเนินงานของหน่วยงานอย่างชัดเจน และเป็นไปได้ตามหลักการวิเคราะห์ห้วงองค์กร และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมองค์กร เพื่อให้การวางแผนปฏิบัติการมีความชัดเจนในระดับปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลควบคู่ไปกับการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเพื่อให้สามารถวัดความสำเร็จของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน และควรพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงพัฒนาของบุคลากรในระดับปฏิบัติการเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดการพัฒนาและองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติงานจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรียา รัตนปริญา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่เห็นชอบในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.ชาญชัย จารุภาชนี่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ให้คำปรึกษาในการวิจัย ขอขอบคุณ อาจารย์ไพบูลย์ อนุฤทธิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านภาษาอังกฤษ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอำเภอกุดรังทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เสน่ห์ บุญช่วงดี. ปัญหาการวางแผนปฏิบัติงานของสำนักงานศึกษาธิการอำเภอตามทฤษฎีของนายอำเภอ ศึกษาธิการอำเภอ และผู้ช่วยศึกษาธิการอำเภอ. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก; 2528.
2. อนันต์ อมตฉายา. ศึกษาปัญหาการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปีในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดหนองคาย. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2542.
3. ถาวร หาญสมบัติ. ปัญหาการดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนการบริหารโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน การประถมศึกษาอำเภอ นำโสเม จังหวัดอุดรธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2543.
4. สุทิน จิตเจริญ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนสำหรับวิทยาลัยเทคนิค ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ปรินญาณิพนธ์ ศษ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.
5. สมพร ขุนพิลึก. ปัญหาการวางแผนปฏิบัติการประจำปี ตามทัศนะของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรม สามัญศึกษา เขตการศึกษา 7. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2535.
6. กาญจนา นาพุดผล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการของสถาน ีอนามัยในจังหวัดอ่างทอง. อ่างทอง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง; 2542.
7. สมสุข มุงเคน. การดำเนินงานตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปีของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรม สามัญศึกษา จังหวัดอุดรธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2543.
8. นาฏนภา ดวงไพฑูม. กระบวนการวางแผนสาธารณสุขระดับตำบล. อุดรธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2540.
9. สุวิทย์ กนกเทศ. การประเมินกระบวนการวางแผนงานสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
10. จีรพันธ์ ฮามคำไพ. การปฏิบัติงานตามกระบวนการวางแผนปฏิบัติการประจำปี ในสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอและกิ่งอำเภอ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมหาสารคาม. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2544.
11. วราภรณ์ เหล่าหิซกุล. วิธีการและองค์ประกอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในจังหวัดระยอง. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ สส.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
12. อัญชลี มุละดา. ความพร้อมในการวางแผนสาธารณสุขของหัวหน้างานแผนงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน วางแผนสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพและผลการใช้นโยบาย จำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ

Antimicrobial drug cost and effect of antimicrobial restriction policy

ชมพูนุท พัฒนจักร*

Chompunut Pattanajak*

บทคัดย่อ

การใช้ยาต้านจุลชีพไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาหรือโรครุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น โรงพยาบาลจึงมีนโยบายการจำกัดและควบคุมการใช้ยาเพื่อให้มีการใช้ยาสมเหตุผล ผลการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพและประเมินผลการใช้นโยบายจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม ศึกษาข้อมูลเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2554 - 2556 จากระบบสารสนเทศออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่าในปีงบประมาณ 2554 - 2556 มูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพเป็น 50.68 ล้านบาท 65.18 ล้านบาท และ 55.35 ล้านบาท ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2555 มูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.61 แต่ในปี พ.ศ. 2556 มูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 15.08 จากปี พ.ศ. 2555 กลุ่มยา Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams มีมูลค่าใช้สูงสุดตลอดสามปี เป็น 28.76 ล้านบาท (ร้อยละ 56.76), 33.59 ล้านบาท (ร้อยละ 51.53) และ 28.12 ล้านบาท (ร้อยละ 50.80) มูลค่าการใช้ยากลับเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 16.77 แต่ลดลงในปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 16.29 ยาที่มีมูลค่าการใช้สูงในกลุ่มนี้คือ Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g injection และ Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1g injection ผู้ป่วยที่มีมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพแต่ละปี ร้อยละ 92.40, 94.30 และ 93.30 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพทั้งหมด ผลการประเมินการใช้นโยบายจำกัดการใช้ยาในปี พ.ศ. 2556 มียาจำนวน 19 รายการ ที่นำมาควบคุมการใช้ยา พบ 4 รายการ ที่มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น มูลค่าใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.86 มียา จำนวน 11 รายการ มีปริมาณการใช้ลดลง มูลค่าใช้ยาลดลง ร้อยละ 34.82 (10,176,075.24 บาท) ยาจำนวน 3 รายการ มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นแต่มูลค่าใช้ยาลดลง ร้อยละ 18.58 มียา รายการเดียวที่มีปริมาณการใช้ลดลงแต่มูลค่าใช้ยาเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนจากยาต้นแบบเป็น ยาสามัญจำนวนสามรายการ สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 6,586,482.40 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.90 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพ ในปี พ.ศ. 2556 โดยสรุป การนํานโยบายจำกัดการใช้ยาไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน มีการทบทวนการสั่งใช้ยาและกำกับ ติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ.

คำสำคัญ : ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ, นโยบายจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ.

*กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract

Irrational antimicrobial use causing rise of antimicrobial resistance and more severity of diseases, leading to high expenditures. Hospital was implied restriction policy in order to accomplished rational drug use. The aims of this study were to determine antimicrobial cost and to evaluate the effect of antimicrobial restriction policy at Mahasarakham Hospital. The retrospective study was conducted and data collected for the fiscal year 2010 - 2013 by on - line database. Result shown that antimicrobial cost were 50.68, 65.18 and 55.35 million baht in 2010 - 2013, respectively. Cost increased to 28.61% in 2012 but decreased by 15.08% in 2013 from 2012. Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams group, the highest cost group along three fiscal year were 28.76, 33.59 and 28.12 million baht (56.76%, 51.53% and 50.80%) In 2012 cost in this group increased to 16.77% but decreased by 16.29% in 2013. Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g injection and Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1 g injection were high cost in the group. In-patient, antimicrobial cost was 92.40%, 94.30% and 93.30% of total antimicrobial cost in 2011 - 2013, respectively. The restriction policy implemented in 2013 for 19 medications. Four medications were volume increased and increased to 16.86% in cost, eleven medications were volume decreased and decreased by 34.82% (10,176,075.24 baht) in cost. Three medications were volume increased but cost decreased by 18.58%. Only one medication was increased in cost but volume decreased. Changing three medications from original to generic medications reduced cost to 6,586,482.40 baht (11.90%)

Conclusion, antimicrobial cost and consumption decreased by objectively implement of restriction policy and monitoring.

Keywords : antimicrobial cost antimicrobial restriction policy.

บทนำ

มูลค่าการผลิตยาในประเทศไทย พบว่า ยาในกลุ่ม general anti-infectives systems มีมูลค่าสูงสุดกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ โดยมีมูลค่าการผลิตยาในกลุ่มนี้ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 9,124 ล้านบาท และสูงขึ้นเป็น 12,216 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553 และมีมูลค่าการนำเข้ายาในกลุ่มนี้ ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 13,788 ล้านบาท และ 15,074 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553¹ ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา ประเทศไทยมีการผลิตและนำเข้า ยาต้านจุลชีพ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านแบคทีเรีย ยาต้านไวรัส ยาต้านเชื้อรา และยาฆ่าเชื้ออื่นๆ สูงเป็นอันดับหนึ่งของมูลค่ายาทั้งหมดของประเทศ ในปี 2550 มีมูลค่ารวมประมาณสองหมื่นล้านบาทหรือประมาณร้อยละ 20 ของมูลค่ายาทั้งหมด² สิ่งสำคัญของการใช้ยาเกินความจำเป็น โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะจะทำให้เกิดเชื้อดื้อยาหรือโรคนั้นรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น นอกจากนี้ปัญหาการดื้อยาของยาต้านจุลชีพแล้วยังมีปัจจัยภายนอกจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญ ค่าใช้จ่ายด้านยา โดยมีตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2556 ให้มีการลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงร้อยละ 10 โรงพยาบาลต่างๆ จึงต้องมึนนโยบายควบคุมการใช้ยามากขึ้น

โรงพยาบาลมหาสารคามมีค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มยาต้านจุลชีพสูง ในปีงบประมาณ 2552 - 2553 มูลค่าใช้ยาต้านจุลชีพเป็น 45.05 ล้านบาท และ 47.60 ล้านบาท ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 22 ของค่ายาทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี จากการใช้ยาในกลุ่มนี้มีมูลค่าสูง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ได้ทบทวนการใช้ยา มีการกำหนดนโยบายจำกัดและควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ ในปีงบประมาณ 2556 เพื่อให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผลและลดค่าใช้จ่ายด้านยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2554 - 2556
2. เพื่อประเมินผลการใช้นโยบายจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2556

นิยามคำศัพท์

1. ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial drugs) หมายถึง ยาที่มีฤทธิ์ทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลชีพอันได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย ริกเกตเซีย เชื้อรา เชื้อปรสิต และโปรโตซัว ซึ่งมีทั้งสารสังเคราะห์และสารที่ได้มาจากธรรมชาติ
2. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง รายการยาตามประกาศในยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556
3. ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง รายการยาที่มีได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556
4. ค่าใช้จ่ายด้านยา (drug expenditures) หมายถึง ค่าใช้จ่ายด้านยาในราคาต้นทุนที่แพทย์สั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย
5. ยาดันแบบ หมายถึง ยาที่ค้นพบและพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในโลก ได้รับอนุมัติให้จดทะเบียนตำรับยาและมีสิทธิบัตรในระยะเวลาตามกฎหมายของแต่ละประเทศ
6. ยาสามัญ หมายถึง ยาที่มีคุณสมบัติเหมือนหรือมีชีวสมมูล (bioequivalent) กับยาดันแบบทั้งรูปแบบของยา ความปลอดภัย ความแรง วิธีการบริหารยา คุณภาพและประโยชน์ในการนำไปใช้

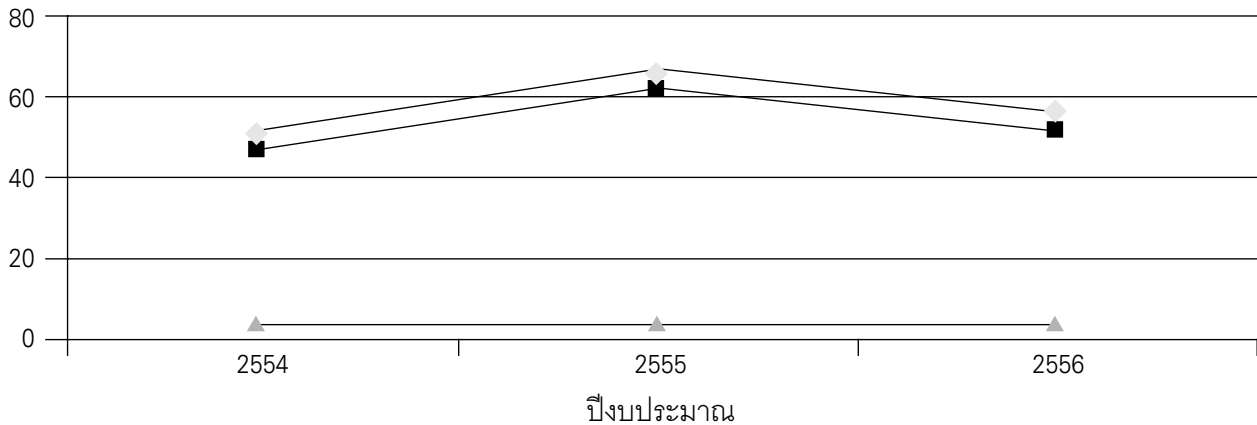
วิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ศึกษาค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ที่มีการใช้ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2554 - 2556 และประเมินผลการใช้นโยบายจำกัดการใช้ยาต้านจุลชีพ ทำการวิจัยในกลุ่มยาต้านจุลชีพจัดซื้อเอง จำแนกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ Antibacterial drugs, Antifungal drugs, Antiprotozoal drugs, Anthelmintics ทั้งนี้ไม่รวมยาในกลุ่ม Antituberculosis drugs และ Antiviral drugs เก็บข้อมูลการใช้ยาจากรายงานในระบบสารสนเทศทางออนไลน์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2554 - 2556

ผลการวิจัย

ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ปีงบประมาณ 2554 - 2556

ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)



แผนภูมิที่ 1 ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ปีงบประมาณ 2554 - 2556

มูลค่าการใช้จ่ายด้านจุลชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2554-56 เป็น 50,683,078.43 บาท, 65,185,826.56 บาท และ 55,352,626.26 บาท ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 28.61 แต่ในปี พ.ศ. 2556 ลดลง ร้อยละ 15.08

ผู้ป่วยในมีการใช้จ่ายด้านจุลชีพเป็นมูลค่าสูงกว่าผู้ป่วยนอก ในแต่ละปีใช้จ่ายด้านจุลชีพ ร้อยละ 92.40, 94.30, 93.30 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2554 - 2556 มีมูลค่าใช้จ่าย เป็น 46,808,821.36 บาท, 61,494,321.88 บาท และ 51,619,558.54 บาท ตามลำดับ มูลค่าการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.37 แต่ในปี พ.ศ. 2556 ลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 16.06 และสูงเพิ่มจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 10.28

ผู้ป่วยนอกมีมูลค่าการใช้จ่ายด้านจุลชีพ คิดเป็น ร้อยละ 7.6, 5.7 และ 3.73 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2554 - 2556 มีมูลค่าใช้จ่ายด้านจุลชีพ เป็น 3,874,257.07, 3,691,504.68 และ 3,733,067.72 บาท ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2555 มีมูลค่าการใช้จ่าย ลดลง ร้อยละ 4.72 ปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าใช้จ่ายด้านจุลชีพ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.13 จากปี พ.ศ. 2555 และมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 3.64

โรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มยาที่มีมูลค่าใช้สูงตลอดสามปี คือกลุ่มยา Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams มีมูลค่า 28,767,699.31 บาท (ร้อยละ 56.76), 33,593,437.35 บาท (ร้อยละ 51.53), และ 28,121,188.81 บาท (ร้อยละ 50.80) ตามลำดับในปี

พ.ศ. 2554 - 2556

ยาในกลุ่มนี้มีมูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.77 ในปี พ.ศ. 2555 แต่ในปี พ.ศ. 2556 ลดลงร้อยละ 16.29 โดยยาที่มีมูลค่าการยาสูงคือ Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g injection มีมูลค่าใช้จ่ายเป็น 9.10, 11.63 และ 12.12 ล้านบาทต่อปี กลุ่มยา Penicillins มีมูลค่าสูงเป็นลำดับสอง ในปีงบประมาณ 2554 - 2555 เป็นมูลค่า 7,965,779.99 บาท (ร้อยละ 15.72) และ 9,558,075.27 บาท (ร้อยละ 14.66) ตามลำดับ และสูงเป็นลำดับสามในปี พ.ศ. 2556 เป็น 7,160,141.47 บาท (ร้อยละ 12.94) ยาที่มีมูลค่าการยาสูงคือ Piperacillin 4 g, tazobactam 0.5 g injection มีมูลค่าใช้จ่ายเป็น 3.36, 4.37 และ 2.20 ล้านบาทต่อปี การเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายด้านจุลชีพในแต่ละกลุ่ม ในปี พ.ศ. 2555 จากปี พ.ศ. 2554 กลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ยาในกลุ่ม Tetracyclines มีมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงมาก จาก 2,236,169.56 บาท เป็น 7,650,311.04 บาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 242.12) จากยา Tigecycline 50 mg injection ที่มีมูลค่าใช้จ่ายจาก 2,204,200.00 บาท เพิ่มเป็น 7,609,840.00 บาท รองลงมาคือยาในกลุ่ม Macrolides มีมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงมาก จาก 850,701.04 บาท เป็น 2,630,068.79 บาท (เพิ่มขึ้นร้อยละ 209.16) อันเนื่องจากการนำยาต้นแบบ ยา Azithromycin 500 mg injection เข้ามาใช้โรงพยาบาล (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยนอก กลุ่มยาที่มีมูลค่าใช้สูงสุดในสามปี คือ กลุ่มยา Penicillins มูลค่า 1,601,073.91 บาท (ร้อยละ 41.33) และ 1,541,628.45 บาท (ร้อยละ 41.76) และ 1,490,945.30

บาท (ร้อยละ 39.94) ตามลำดับปี พ.ศ. 2554-2556 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายกลุ่มนี้ คือ ในปี พ.ศ. 2555 มีมูลค่าการใช้จ่าย ลดลงจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 3.71 และในปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าใช้จ่ายลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 3.29 และลดลงจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 6.88 ผู้ป่วยในมีมูลค่าการใช้จ่ายด้านจุลชีพ ในปีพ.ศ. 2554 - 2556

กลุ่มยาที่มีมูลค่าใช้สูงคือ Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams มูลค่า 28,164,386.77 บาท (ร้อยละ 60.17) 32,930,299.51 บาท (ร้อยละ 53.55) และ 27,470,651.71 บาท (ร้อยละ 53.22) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.92 และในปีงบประมาณ 2556 กลับลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 16.58

ตารางที่ 1 มูลค่าใช้จ่ายด้านจุลชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม จำแนกตามกลุ่มยา ปีงบประมาณ 2554 - 2556

กลุ่มยาหลัก	2554	2555	2556			
	มูลค่า	มูลค่า	(*) ร้อยละ	มูลค่า	(**) ร้อยละ	(***) ร้อยละ
Penicillins	7,965,779.99	9,558,075.27	19.99	7,160,141.47	(25.09)	(10.11)
Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams	28,767,699.31	33,593,437.35	16.77	28,121,188.81	(16.29)	(2.25)
Tetracyclines	2,236,169.56	7,650,311.04	242.12	4,804,564.56	(37.20)	114.86
Macrolides	850,701.04	2,630,068.79	209.16	2,451,817.54	(6.78)	188.21
Quinolones	2,869,807.15	2,884,480.76	0.51	3,028,366.85	4.99	5.53
Some other antibacterials	6,682,977.93	7,137,128.08	6.80	8,504,396.64	19.16	27.25
อื่นๆ	1,309,943.45	1,732,325.27	32.24	1,282,150.39	(25.99)	(2.12)

หน่วยมูลค่า : บาท

การเปลี่ยนแปลง (*) เป็นการเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2555 จากปีงบประมาณ 2554 ซึ่งคิดเป็นปีฐาน

การเปลี่ยนแปลง (**) เป็นการเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2556 จากปีงบประมาณ 2555

การเปลี่ยนแปลง (***) เป็นการเปลี่ยนแปลงในปีงบประมาณ 2556 จากปีงบประมาณ 2554 ซึ่งคิดเป็นปีฐาน

ผลของนโยบายการจำกัดการใช้จ่ายด้านจุลชีพจากการทบทวนการใช้จ่ายของปี พ.ศ. 2555 พบว่า มูลค่าการใช้จ่ายด้านจุลชีพเพิ่มขึ้นมากจากปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2556 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้กำหนดนโยบายจำกัด ควบคุมการใช้จ่ายด้านจุลชีพที่มีค่า

ใช้จ่ายยาสูง 19 รายการยา โดยแพทย์ผู้สั่งใช้ต้องเป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การใช้จ่ายสามัญทดแทนยาต้นแบบ การขอความร่วมมือจากแพทย์ การทบทวนการใช้จ่ายติดตามผลโดยคณะกรรมการประเมินการใช้จ่าย

ตารางที่ 2 รายการยาต้านจุลชีพที่มี ปริมาณการใช้ และมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2556

รายการยา	2555		2556		ร้อยละ การเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น	
	จำนวน*	มูลค่า (บาท)	จำนวน*	มูลค่า (บาท)	จำนวน	มูลค่า
1. Clindamycin inj (150 mg - 4 ml)	19,079	4,705,722.17	20,321	4,909,214.92	6.51	4.32
2. Ampicillin sodium 2 g , sulbactam 1 g inj	3,471	1,210,479.11	4,299	1,499,236.44	23.85	23.85
3. Ceftriaxone 1g inj	81,060	1,021,356.00	86,368	1,191,878.40	6.54	16.7
4. Colistin inj	3,295	724,900.00	6,154	1,353,880.00	86.77	86.77
รวม		7,662,457.28		8,954,209.76		

จำนวน* เป็น ขวด

ยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีจำนวน 4 รายการ เป็นมูลค่ารวมในปี 2556 จำนวน 8,954,209.76 บาท สูงขึ้นจากปีงบประมาณ 2555 ร้อยละ 16.86 ยา clindamycin injection (150 mg - 4 ml) เป็นยาต้นแบบ มีมูลค่าใช้จ่ายสูงสุดในกลุ่มนี้

ตารางที่ 3 รายการยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าใช้จ่ายลดลง ในปีงบประมาณ 2556

รายการยา	2555		2556		ร้อยละ การเปลี่ยนแปลงลดลง	
	จำนวน*	มูลค่า (บาท)	จำนวน*	มูลค่า (บาท)	จำนวน	มูลค่า
1. Tigecycline 50 mg inj	3,566	7,609,840.00	2,229	4,770,060.00	37.32	37.32
2. Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1g inj	14,522	5,589,680.47	13,113	2,504,753.88	9.70	55.19
3. Piperacillin 4 g, tazobactam 0.5g inj	10,961	4,378,554.13	9,257	2,200,822.37	15.55	49.74
4. Levofloxacin 250 mg inj	10,010	2,231,395.83	9,711	2,164,743.75	2.99	2.99
5. Ceftazidime 2 g inj	6,035	1,802,704.79	3,909	1,167,650.88	35.23	35.23
6. Cefdinir 100 mg cap	111,326	1,778,841.05	77,207	1,156,560.86	30.65	34.98
7. Azithomycin 0.5 g inj	2,912	1,744,870.4	2,871	1,720,303.20	1.40	1.40
8. Amoxicillin 2g, clavulanate 200 mg inj	6,748	1,335,766.60	4,440	878,898.00	34.20	34.20
9. Amoxicillin 500 mg , clavulanate 125 mg tab	132,736	1,072,603.67	130,799	1,056,951.29	1.46	1.46
10. Cefazolin 1 g inj	71,720	968,220.00	62,419	827,051.75	12.96	14.58
11. Clarithromycin 500 mg tab	55,512	713,725.71	46,848	602,331.43	15.61	15.61
รวม		29,226,202.65		19,050,127.41		

ยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าใช้จ่ายลดลง มีจำนวน 11 รายการ มีมูลค่ารวมลดลง ร้อยละ 34.82 (10,176,075.24 บาท)

รายการยาที่มีราคาเท่าเดิม ได้แก่ยา Tigecycline 50 mg injection ยา Ceftazidime 2 g injection, ยา Amoxicillin 2g,clavulanate 200 mg injection ปริมาณการใช้ลดลง

ร้อยละ 37.32, 35.23 และ 34.20 ตามลำดับ รายการยาที่มีราคาลดลง มีปริมาณการใช้ลดลง ได้แก่ ยา Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1 g injection ยา Piperacillin 4 g, tazobactam 0.5g injection ยา Cefdinir 100 mg capsule ปริมาณลดลง ร้อยละ 9.70, 15.55 และ 30.65 ส่งผลต่อมูลค่าลดลง ร้อยละ 55.19, 49.74 และ ร้อยละ 34.98 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 รายการยาต้านจุลชีพที่มี ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น แต่มูลค่าใช้จ่ายลดลง และรายการยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้ลดลง แต่มูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณ 2556

รายการยา	2555		2556		ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	
	จำนวน	มูลค่า (บาท)	จำนวน	มูลค่า (บาท)	จำนวน	มูลค่า
1. Meropenem 1 g inj	10,468	4,011,125.05	11,182	2,687,301.00	6.8	(33.0)
2. Ertapenem 1 g inj	2,247	3,366,006.00	2,299	3,073,969.91	2.30	(8.68)
3. Ceftazidime 1 g inj	83,806	1,972,793.24	86,488	1,850,843.20	3.20	(6.18)
4. Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g inj	28,558	11,631,499.20	24,279	12,128,086.20	(14.98)	4.27

ยาจำนวนสามรายการมีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นแต่มูลค่าการใช้จ่ายลดลง ได้แก่ ยา Meropenem 1 g injection ยา Ertapenem 1 g injection และ ยา Ceftazidime 1 g injection สำหรับยา Meropenem 1 g injection มีราคาต่อหน่วยลดลง ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.8 มูลค่าใช้จ่ายลดลงมากถึงร้อยละ 33.0

ยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้ลดลง แต่มูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีรายการเดียวคือยา Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g injection เนื่องจากมีการเปลี่ยนจากยาสามัญไปใช้ยาดันแบบ แต่ในต้นปี พ.ศ. 2556 ยังมีการใช้ยาสามัญอยู่ด้วยเนื่องจากกำลังดำเนินการจัดซื้อยาดันแบบ

วิจารณ์ผล มูลค่าการใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในปีพ.ศ. 2554 - 2556 เป็น 50.68 ล้านบาท, 65.18 ล้านบาท และ 55.35 ล้านบาท ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2555 มีมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสูงถึง ร้อยละ 28.61 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงมีนโยบายจำกัดและควบคุมการใช้จ่ายกลุ่มนี้ ปี พ.ศ. 2556 มูลค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพจึงลดลง ร้อยละ 15.08 ในแต่ละปีผู้ป่วยในมีการใช้ยามากกว่า ร้อยละ 90 ของมูลค่าการใช้จ่ายยาต้านจุลชีพทั้งหมด ผู้ป่วยนอก มีมูลค่าใช้

ยาต้านจุลชีพ ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 เป็น 3.87 ล้านบาท, 3.69 ล้านบาท และ 3.73 ล้านบาท ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2555 จะเห็นว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีมูลค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพลดลง ร้อยละ 4.72 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้ง visit เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 7.65 และ 3.63 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2556 จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง ร้อยละ 8.99 จำนวนครั้ง visit ลดลง ร้อยละ 12.91 แต่ปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าการใช้จ่ายยาต้านจุลชีพกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 1.13 การใช้จ่ายยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยนอกไม่เป็นไปในทางเดียวกันกับจำนวน ผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง การสั่งใช้ยา มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพของแพทย์ ผู้ป่วยใน มีมูลค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ในปี พ.ศ. 2554 - 2556 เป็น 46.81 ล้านบาท, 61.49 ล้านบาท และ 51.62 ล้านบาท ตามลำดับ มูลค่าการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นสูงมากถึงร้อยละ 31.37 โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.06 และในปี พ.ศ. 2556 มูลค่าการใช้จ่ายยาต้านจุลชีพลดลงจากปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 16.06 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยในที่ลดลง ร้อยละ 3.60 แนวโน้มการใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ

ปี พ.ศ. 2554 - 2556 พบว่าการใช้ยา ในปี พ.ศ. 2556 มีแนวโน้มการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 10.28

มูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพสำคัญต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา และอาจส่งผลกระทบต่อยาปฏิชีวนะอันเป็นปัญหาด้านสุขภาพ การศึกษาความคิดเห็นและทัศนคติของแพทย์ปฏิบัติทั่วไป ในการใช้ยาปฏิชีวนะกับการดื้อยา⁴ ปัจจัยทัศนคติ ที่มีอิทธิพลต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ในแพทย์ปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ ความเกรงกลัว ความพึงพอใจ ความรู้ไม่เพียงพอ ปัจจัยภายนอก เกี่ยวข้องกับโรงงานยา ผู้ป่วย และการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ โรงพยาบาลมหาสารคาม มีการใช้ยาจำแนกตามกลุ่มยาด้านจุลชีพ กลุ่มยาที่มีมูลค่าใช้สูงสุดทั้งสามปีงบประมาณ คือ Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams อยู่ที่ 28.12 - 34.0 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 50 - 60 ของมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2555 ยากลุ่มนี้มีมูลค่าเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 16.77 แต่ในปี พ.ศ. 2556 ลดลง ร้อยละ 16.29 จากการควบคุมการใช้ยา ยาที่มีมูลค่าใช้ยาสูงในกลุ่มนี้คือ Imipenem 0.5 g, cilastatin 0.5 g injection ยา sulbactam sodium 500 mg and cefoperazone sodium 1,000 mg injection ในขณะที่กลุ่ม Penicillins ยังคงมีมูลค่าการใช้ยาสูงเป็นลำดับสองในปี พ.ศ. 2554-2555 และสูงเป็นลำดับสามในปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าใช้ยาอยู่ที่ปีละประมาณ 7.16 - 9.55 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 12 - 16 ของมูลค่ายาด้านจุลชีพทั้งหมด ยาที่มีมูลค่าใช้ยาสูงในกลุ่มนี้คือยา Piperacillin sodium 4 g and tazobactam sodium 500 mg injection และกลุ่มยา Some other antibacterials มีมูลค่าการใช้ยาสูงเป็นลำดับสามในปี พ.ศ. 2554 และสูงเป็นลำดับสองในปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าใช้ยาอยู่ที่ปีละประมาณ 6.68 - 8.50 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 13 - 16 ของมูลค่ายาด้านจุลชีพทั้งหมด ยาที่มีมูลค่าใช้ยาสูงในกลุ่มนี้คือยา Clindamycin injection

การเปลี่ยนแปลงการใช้ยาด้านจุลชีพในแต่ละกลุ่ม ในปี พ.ศ. 2555 กลุ่มยาที่มีการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นมาก ผิดปกติสูงสุดคือ ยาในกลุ่ม Tetracycline มีมูลค่าใช้ยาเพิ่มสูงมาก จาก 2.23 ล้านบาท เป็น 7.65 ล้านบาท เนื่องจากการใช้ยา Tigecycline 50 mg injection มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 245.23 โดยราคาเท่าเดิม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงได้ทบทวนการใช้ยานี้ร่วมกับคณะกรรมการประเมินการใช้ยาในการหา

แนวทางควบคุมการใช้ยาผลปรากฏว่าในปี พ.ศ. 2556 ปริมาณการใช้ยาลดลงร้อยละ 37.32 มูลค่าลดลง 2.83 ล้านบาท รองลงมาคือยากลุ่ม Macrolides มีมูลค่าใช้ยาเพิ่มสูงมาก จาก 850,701.04 บาท เป็น 2,630,068.79 บาท เนื่องจากการนำรายการยา Azithromycin 500 mg injection เข้ามาใช้โรงพยาบาล เมื่อมีการควบคุมการใช้ผล คือ ปริมาณการใช้ยาลดลง ร้อยละ 1.40 ในปี พ.ศ. 2556

ผู้ป่วยนอกมีการใช้ยาด้านจุลชีพกลุ่ม Penicillins มีมูลค่าสูงสุดทั้งสามปีงบประมาณ เป็น 1.49 - 1.60 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 39 - 42 ของมูลค่ายาด้านจุลชีพของผู้ป่วยนอก การเปลี่ยนแปลงการใช้ยากลุ่ม Penicillins ในปี พ.ศ. 2555 มีมูลค่าการใช้ยาลดลง ร้อยละ 3.71 และในปี พ.ศ. 2556 มีมูลค่าใช้ยาลดลง ร้อยละ 3.29 จากปี พ.ศ. 2555 และลดลง ร้อยละ 6.88 จากปี พ.ศ. 2554

ผู้ป่วยใน มีมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพในกลุ่มยา Cephalosporins, Cephamycins and other beta-lactams สูงสุดตลอดสามปีงบประมาณ อยู่ที่ 27.47 - 33 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 53 - 60 ของมูลค่ายาด้านจุลชีพผู้ป่วยในกลุ่มยา Some other antibacterials มูลค่าใช้ยาอยู่ที่ปีละประมาณ 6.5 - 8.3 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 11 - 16 กลุ่มยา Penicillins มีมูลค่าการใช้ยาสูงปีละประมาณ 5.60-8.0 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 11 - 14 ของมูลค่ายาด้านจุลชีพผู้ป่วยใน แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาด้านจุลชีพในแต่ละกลุ่มจะคล้ายกับภาพรวมของโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้ยาผู้ป่วยในเป็นร้อยละ 90 ของมูลค่าการใช้ยาด้านจุลชีพ

การใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากยาและเสียค่าใช้จ่ายเหมือนกับยากลุ่มอื่น และยังชักนำให้เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ⁵ โรคติดเชื้อ ดื้อยาด้านจุลชีพที่เกิดในโรงพยาบาล มีความชุกของเชื้อ ดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานมากกว่า ร้อยละ 50 โรคติดเชื้อที่เกิดในชุมชนมีความชุกของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานน้อยกว่า ร้อยละ 20 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพใช้ทรัพยากรในการรักษามากกว่าโรคติดเชื้อที่ไม่ดื้อยาด้านจุลชีพ และมีอัตราเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อสูงและมากกว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ไม่ดื้อยาด้านจุลชีพอย่างน้อยหนึ่งเท่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละมากกว่าแสนรายจึงมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพปีละมากกว่าหนึ่งหมื่นราย โดยมีผู้ป่วยหลายพันรายที่

เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและมีการสูญเสียทรัพยากรจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพปีละมากกว่าหมื่นล้านบาท เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเกือบทุกชนิด เช่น Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae จัดเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างกว้างขวาง จึงต้องมีมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาการประเมินนโยบายการจำกัดและควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2556 จากยาจำนวน 19 รายการ จำแนกได้สี่กลุ่มดังนี้คือ กลุ่มที่หนึ่ง รายการยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีจำนวน 4 รายการ มูลค่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.86 ยา clindamycin injection (150 mg - 4 ml) มีมูลค่าใช้จ่ายสูงกว่าทุกรายการ เป็นยาต้นแบบมีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.51 มูลค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.32 ยา ampicillin sodium 2 g and sulbactam 1 g injection มีปริมาณการใช้และมูลค่าเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 23.85 ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ยา colistin injection ปริมาณการใช้ยาเพิ่มมากถึงร้อยละ 86.77 จากการแพร่เชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในหอผู้ป่วยไอซียู คณะกรรมการประเมินการใช้ยาจึงมีการทบทวนร่วมกับคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อ ผลปรากฏการใช้ยา colistin มีปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้นแต่ปริมาณการใช้ยา Tigecycline 50 mg injection ลดลงร้อยละ 37.32 ในปีงบประมาณ 2556 อย่างไรก็ตาม การควบคุมการใช้ Tigecycline injection นี้ ควรนำมาพิจารณาเพื่อลดปริมาณการใช้ในปีถัดไป

กลุ่มที่สอง รายการยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าใช้จ่ายลดลง มีจำนวน 11 รายการ มูลค่าลดลงมากถึง 10.17 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 34.82 ยาที่มีมูลค่าลดลงมากตามลำดับคือ ยา Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1g injection ยา Piperacillin 4 g, tazobactam 0.5g injection มูลค่าลดลง ร้อยละ 55.19, 49.74 ตามลำดับ จะเห็นว่าการควบคุมการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้ผลสามารถลดค่าใช้จ่ายได้มากถึงสิบล้านบาท

กลุ่มที่สาม รายการยาต้านจุลชีพที่มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น แต่มูลค่าใช้จ่ายลดลง ร้อยละ 18.58 มี 3 รายการ คือยา Meropenem 1 g injection ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น

ร้อยละ 6.82 แต่มูลค่าลดลงมากที่สุดในกลุ่มนี้เป็น ร้อยละ 33.0 ยา Ertapenem 1 g injection ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.31 มูลค่าลดลง 8.68 อันเนื่องจากราคายาลดลงจากการประกาศนโยบายราคากลาง กระทรวงสาธารณสุข และยา Ceftazidime 1 g inj ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.2 มูลค่าลดลง 8.68 อันเนื่องจากราคายาลดลงจากการจัดซื้อรวมระดับเขต

นโยบายโรงพยาบาลมหาสารคาม การใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบ จำนวนสามรายการ ได้แก่ ยา Meropenem 1 g injection ยา Sulbactam 0.5 g, cefoperazone 1 g injection และยา Piperacillin 4 g, tazobactam 0.5g injection ในปีงบประมาณ 2556 สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 6.58 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 11.90 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพ ปีงบประมาณ 2556 การใช้ยาสามัญที่มีราคาขายต่อหน่วยลดลง แม้จะมีปริมาณการใช้สูงขึ้นแต่ทำให้มูลค่าใช้จ่ายลดลงมาก ผลการดำเนินตามนโยบายคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในการควบคุมและลดค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ ในปีงบประมาณ 2556 ประสบผลสำเร็จ อันเนื่องจากการนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีการทบทวนการใช้ยาร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้สั่งจ่าย ยอมรับและมั่นใจในการใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบ การศึกษาการใช้ยาต้นแบบในรายการยาที่มีชื่อสามัญในประเทศของผู้ป่วยนอก ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁶ มูลค่าการเบิกยารวมทั่วกระทรวงทั้งหมด 11,859 ล้านบาท ยา 97 รายการ มีการใช้ยาต้นแบบในรายการที่มียาชื่อสามัญในประเทศ คิดเป็นมูลค่าการเบิกจ่ายรวม 2,809 ล้านบาท โดยมีมูลค่าการเบิกจ่ายของยาต้นแบบทั้งสิ้น 2,267 ล้านบาท ประมาณ ร้อยละ 19 ของมูลค่ารวมทั้งหมด ยา 46 รายการ มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาต้นแบบต่อยาชื่อสามัญสูงกว่าร้อยละ 90 และยา 34 รายการมีสัดส่วนมูลค่ายาต้นแบบตั้งแต่ ร้อยละ 30 - 90 ดังนั้นหากมีการส่งเสริมการใช้ยาสามัญจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มาก นอกจากนี้ราคายาในท้องตลาดมีความแตกต่างกัน หากภาครัฐควบคุมราคายา มีราคากลาง มีการเพิ่มอำนาจต่อรองกับผู้จำหน่าย ราคายาจะลดลงจากเดิมได้ นโยบายควบคุมราคายาทำได้จากการเพิ่มขีดความสามารถในการกำหนดราคาซื้อสำหรับยาใหม่ โดยพัฒนานวัตกรรมการจัดซื้อและต่อรองโดยร่วมมือกับกองทุนในระบบประกันสุขภาพ⁷

สรุปผล ค่าใช้จ่ายยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาล
มหาสารคาม ในปีงบประมาณ 2554 - 2556 อยู่ที่ 50 - 65
ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยในมีมูลค่าใช้จ่ายต้านจุลชีพเป็นร้อยละ
90 ของมูลค่าใช้จ่ายต้านจุลชีพทั้งหมด แนวโน้มมีการเติบโต
ในปีงบประมาณ 2555 ร้อยละ 28.61 และลดลงในปี พ.ศ.
2556 ร้อยละ 15.08 กลุ่มยา Cephalosporins, Cephamycins
and other beta-lactams มีมูลค่าใช้จ่ายสูงสุดทั้งสาม

ปีงบประมาณ อยู่ที่ 28.12 - 34.0 ล้านบาทต่อปี คิดเป็น
ร้อยละ 50 - 60 ของมูลค่ายาต้านจุลชีพทั้งหมด ผลของ
การใช้นโยบายจำกัดการใช้จ่ายต้านจุลชีพ โรงพยาบาล
มหาสารคาม ประสบผลสำเร็จตามนโยบายคณะกรรมการ
เภสัชกรรมและการบำบัด ในการควบคุมและลดค่าใช้จ่าย
ยาต้านจุลชีพ อันเนื่องจากการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่
เป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กรุงเทพฯ : งานบริการข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต; c2011.
update 2011 (เข้าถึง 4 nov 2013). URL:<http://fdaolap.fda.moph.go.th/logistics/drgdrug/Dserch.asp>.
2. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์. การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล : กรณีศึกษาโครงการ Antibiotics Smart Use.
จุลสาร. 2(7); 2552 : 4-3.
3. Charani E, Edwards R, Sevdalis N, Alexandrou B, Sibley E, Mullett D, et al. Behavior change strategies to influence
antimicrobial prescribing in acute care : a systematic review. Clin Infect Dis. 53(7); 2011 : 651-62.
4. Vazquez-Lago JM, Lopez-Vazquez P, López-Durán A, Taracido-Trunk M, Figueiras A. Attitudes of primary care
physicians to the prescribing of antibiotics and antimicrobial resistance : a qualitative study from Spain.
Fam Pract. 29(3); 2012 : 352 - 60.
5. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ : ความสำคัญต่อระบบสุขภาพและแนวทางการควบคุมและป้องกัน.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 6,3 (ก.ค. - ก.ย.); 2555 : 300-5.
6. ขวัญสุดา ขาติโสม, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อรอนงค์ วชิจรเลิศ และธนรรจ
รัตน์โชติพานิช. การใช้ยาต้นแบบในยาที่มีผู้จำหน่ายหลายรายในโรงพยาบาลภาครัฐ. Graduate Research
Conference; 2013 : 1051-59.
7. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อรอนงค์ วชิจรเลิศ และคณะ. การควบคุมราคา : บทเรียน
จากอดีต ข้อค้นพบปัจจุบัน และข้อเสนอสำหรับอนาคต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555 : 6(2) : 136-
43.

การเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพ ของแรงงานทออวนในระบบและนอกระบบ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

THE COMPARISON OF THE WORK ENVIRONMENT AND HEALTH PROBLEMS OF WOVEN NETS WORKER AMONG FORMAL WORKERS AND INFORMAL WORKERS IN NONGRU A DISTRICT KHON KAEN PROVINCE.

ทองปัทม์ ดอนประจำ¹, กาญจนา นาทะพินธุ²
Tongpak Donprajum¹, Ganjana Nathapindhu²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพของแรงงานทออวนในระบบและนอกระบบ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มแรงงานทออวนในระบบและนอกระบบที่ทำงานทออวนในขั้นตอนการกรออีแปะเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป จำนวน 134 คน ใช้แบบสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน ระดับเสียงดัง สว่างในโรงงาน 24 จุด จำนวน 59 ครั้วเรือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานสำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ครวละหลายปัจจัยด้วยสถิติทดสอบ Multiple logistic regression นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย Odd ratio ช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษากลุ่มแรงงานในระบบ จำนวน 54 คน และแรงงานนอกระบบ จำนวน 80 คน พบว่า แรงงานทออวนในระบบทำงานวันละ 12 ชั่วโมง แรงงานทออวนนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานวันละ 9-12 ชั่วโมง และสูงสุด 15 ชั่วโมงต่อวัน ความเข้มแสงสว่างอยู่ระหว่าง 340-1,600 lux (มาตรฐาน ≥ 300 lux) ระดับเสียงดัง 76.2-83.6 dBA (TWA 12 hrs. ≤ 87 dBA) ความเข้มแสงสว่างในการทำงานของแรงงานทออวนนอกระบบต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 35.60 สาเหตุมาจากเครื่องจักรไม่ได้ติดตั้งหลอดไฟ และไม่มีการเปิดหลอดไฟขณะทำงาน ระดับเสียงดัง 60.9-74.8 dBA ปัญหาสุขภาพของแรงงานทออวนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา อาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดคืออาการปวดข้อมือทั้ง 2 กลุ่ม การบาดเจ็บจากการทำงานที่พบมากที่สุดของแรงงานทออวนในระบบ คือบาดเจ็บจากการใช้กรรไกร ร้อยละ 42.59 แรงงานทออวนนอกระบบ คือการหกล้มจากสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 57.25 การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของแรงงานทออวน 2 กลุ่มตามค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการเจ็บป่วย พบว่า อาการหูดและอาการปวดกล้ามเนื้อขาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของแรงงานทออวนในระบบ คือระยะเวลาทำงาน 5 ปี ขึ้นไป เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานเป็น 2.89 เท่า ของคนที่ทำงานน้อยกว่า 5 ปี (95%CI = 1.87-3.89) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชานาฏยสังคีต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²รองศาสตราจารย์หัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสังคีต คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุขภาพของคนงานทอวนนอกระบบ คือ จุดปฏิบัติงานที่ระดับความเข้มของแสงสว่างต่ำกว่ามาตรฐานเสี่ยงต่อการเกิดอาการตาพร่ามัวเป็น 1.69 เท่าของจุดที่แสงสว่างตามมาตรฐาน (95%CI = 0.40-2.49) คนงานทอวนนอกระบบที่ไม่เคยทำงานทอวนในโรงงาน มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 2.42 เท่าของคนงานที่เคยทำงานทอวนในโรงงาน (95%CI = 1.62-4.92) และจุดปฏิบัติงานที่จัดไม่เป็นระเบียบ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 1.98 เท่าของจุดปฏิบัติงานที่จัดเป็นระเบียบ (95%CI = 1.39-3.92) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

คำสำคัญ : คนงานทอวน, เปรียบเทียบสภาพแวดล้อม, เปรียบเทียบปัญหาสุขภาพ.

Abstract

This study was aimed to investigate the comparison of the work environment and the health problems of woven nets worker among formal workers and informal workers in Nong-rua district, Khon Kaen Province. The data will be collected by interviewing from the sample group : 134 workers which are the formal woven nets workers and the informal woven nets workers who works in the net fishing process for more than a year, using the survey to investigate the environment in workplaces and measuring the volume level and light intensity in 24 workplaces at the factory and 59 residences. This study was analyzed by the descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, used the multiple logistic regression for the correlation analysis. The data were presented by Odds ratio and 95% of confident interval.

The results from 54 persons in formal woven nets workers and 80 persons from informal woven nets workers were showed that the formal woven workers work 12 hours a day, informal woven nets workers work 9-12 hours a day and the highest is 15 hours a day. In the environment at workplace survey section, the results are the light intensity was between 340-1600 lux (from the standard ≥ 300 lux) the volume level was between 76.2-83.6 dBA (TWA 12 hrs ≤ 87 dBA). The light intensity in the workplace is lower than the standard for 35.60% because of there are no lights setting up in the machines and turn on light while working is not allowed. The volume level is between 60.9-74.8 dBA. Most of the injured that was found during the year of this study is workers got a wrist ache. Woven nets workers got injured while working: 42.59% of the injured form scissors were happened with formal workers and the roadblocks at workplace caused the injured from fallen to 57.25% of informal workers. The comparison of health problem in among two groups of workers followed by the average of violence from injured showed that workers who have a ringing in one's are different from the worker who have a muscle pain in the statistical significance at 0.05

The factors which relate to the health problem in formal woven workers is worker who has been working for more than 5 years is risk to have an injured to 2.89 times of the worker who works less than 5 years (95%CI=1.87-3.89). At the workplace where the light intensity is lower than the standard is risk to get the blurred vision to 1.69 time of operations that has light within the standard (95%CI = 0.40-2.49) The informal woven nets worker that have never been working inside the factory have a chance to get the accidents form working to 2.42 times of worker who work inside the factory (95%CI = 1.62-4.92). The area of operation of the disorder is likely accidents 1.98 times of the disorder (95%. CI = 1.39-3.92) which the statistical significance is 0.05.

Keywords : Woven nets worker, Compare of the environment workplace, Compare of the health problem.

บทนำ

แรงงานของประเทศไทยในปัจจุบัน ทั้งแรงงานนอกระบบและในระบบ มี 39.3 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบประมาณ 24.6 ล้านคน (ร้อยละ 62.6) และแรงงานในระบบประมาณ 14.7 ล้านคน (ร้อยละ 37.4)¹ และ 2 ใน 5 ของแรงงานนอกระบบต้องทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงขึ้นไป ใน 1 สัปดาห์ ซึ่งในการทำงานหนักเช่นนี้ย่อมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของแรงงานอย่างมาก ถึงแม้ว่าแรงงานนอกระบบจะมีรายได้หลักและรายได้เสริมเฉลี่ยต่อวันค่อนข้างสูง แต่ไม่มีสวัสดิการอื่นๆ มาคุ้มครองให้แก่แรงงานนอกระบบ² ปัญหาสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบยังไม่มีที่รับรู้และเข้าใจของสังคมและภาครัฐ ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดระบบการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ระบบรายงานการประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ และโรคจากการทำงาน โดยปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบที่เกิดจากการทำงานมีลักษณะหลากหลายขึ้นอยู่กับประเภทของงานที่ทำ³ จะเห็นว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงาน⁴

อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น มีอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับกระบวนการผลิตแหวน กระบวนการผลิตมีหลายแผนกและมีการส่งงานในบางกระบวนการให้ผู้รับเหมาช่วงการผลิตออกไปทำที่บ้าน โดยในอดีตลักษณะการรับเหมาช่วง คือ การนำแหวนไปถ่วงตะกั่วหรือการปะชุส แต่ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา การรับเหมาช่วงมีลักษณะแตกต่างออกไปจากเดิม คือ มีการนำเครื่องจักรในการผลิตที่เรียกว่า “เครื่องกรออีแปะ” (ดังภาพที่ 1) ไปทำงานงานในขั้นตอนการกรออีแปะที่บ้าน ลักษณะงานคือการใส่เชือกเอ็นในกระสวยหรือหลอดเพื่อเตรียมเข้ากระบวนการทอวน (ดังภาพที่ 2)

ข้อมูลรายงาน 506/2 โรงพยาบาลหนองเรือ พบว่า การเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการประกอบอาชีพที่เกิดขึ้นกับคนงานทอวนในระบบและนอกระบบ ในปี 2554 มีจำนวน 48 ราย⁵ จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวประกอบกับลักษณะการรับงานทอวนไปทำที่บ้านมีลักษณะเปลี่ยนไป ทำให้ผู้วิจัยสนใจการศึกษาในกลุ่มคนงานทอวน ทั้ง 2 กลุ่ม คือ คนงานทอวนในระบบ (คนงานที่ทำงานทอวนในแผนกกรออีแปะในโรงงาน) และคนงานทอวนนอกระบบ

(คนงานทอวนที่รับเหมาช่วงการกรออีแปะโดยใช้เครื่องกรออีแปะไปทำที่บ้าน) ศึกษาในคนงานที่ทำงานในขั้นตอนเดียวกันคือการกรออีแปะเพื่อเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพของคนงานทอวน ในเขตพื้นที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 1 เครื่องกรออีแปะ



ภาพที่ 2 วิธีการกรออีแปะ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพและเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพของคนงานทอewnในระบบกับนอกระบบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) ศึกษาระยะสั้นเก็บข้อมูลครั้งเดียว ประชากร คือ คนงานทอewn ในระบบและนอกระบบที่ทำงานในขั้นตอนการกรออีแปะจำนวน 192 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ คนงานทอewnในระบบและนอกระบบที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria) ตามเงื่อนไขการคัดเข้ามาศึกษา คือ คนงานทอewnในระบบและนอกระบบที่ทำงานในการกรออีแปะ 1 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารความหมายเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ทั้งสิ้น จำนวน 134 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ คนงานทอewnในระบบ จำนวน 54 คน กลุ่มที่ 2 คือ คนงานทอewnนอกระบบ จำนวน 80 คน

โดยการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 1) แบบวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (JSA)⁶ เพื่อใช้วิเคราะห์งานแยกเป็นกลุ่มคนงานทอewnในระบบและนอกระบบ 2) แบบสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์ตามลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงานและพฤติกรรมการทำงานข้อมูลปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงานทอewnหรือเกี่ยวเนื่องกับการทำงานทอewn 3) แบบสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน 4) เครื่องมือตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน โดยการตรวจวัดค่าความเข้มแสงสว่าง และระดับเสียงดัง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป พรรณนาคุณลักษณะทางประชากร ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ความถี่ และร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi-squared test หรือใช้ Fisher-exact test กรณีไม่ผ่านข้อตกลงของ Chi-squared test และ Multivariate analysis โดยใช้สถิติ Multiple Logistic regression คำนวณค่า Odd ratio (OR) และช่วงเชื่อมั่นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ของ Odd ratio วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพตามค่าคะแนน

ความถี่ของการเกิดปัญหาสุขภาพและความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ โดยใช้ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และข้อมูลการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมเทียบกับค่ามาตรฐานตามกฎหมายกระทรวง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

คนงานทอewnในระบบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.78 เป็นเพศชาย ร้อยละ 22.22 ร้อยละ 46.29 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (เฉลี่ย 38.22 ปี) คนงานทอewnในระบบที่อายุน้อยที่สุด อายุ 21 ปี และมากที่สุด อายุ 56 ปี ร้อยละ 51.85 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และสถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 45.67 รายได้จากการทำงานทอewnของคนงานทอewnในระบบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.56 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 11,001-14,000 บาท ผู้ที่มีรายได้สูงสุดมีรายได้เฉลี่ย 14,500 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีรายได้ต่ำสุดมีรายได้ 9,000 บาทต่อเดือน ในระหว่างการทำงานคนงานทอewnในระบบทั้งหมดไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการทำงาน และคนงานทอewnในระบบส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.44

คนงานทอewnนอกระบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.75 เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.25 ร้อยละ 32.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (เฉลี่ย 40.84ปี) คนงานทอewnนอกระบบที่อายุน้อยที่สุด อายุ 18 ปี และมากที่สุด อายุ 64 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.45 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.56 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของคนงานทอewnนอกระบบ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.00 มีรายได้อยู่ระหว่าง 11,001-14,000 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงสุดมีรายได้เฉลี่ย 15,500 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีรายได้ต่ำสุดมีรายได้ 4,500 บาทต่อเดือน คนงานทอewnนอกระบบมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางครั้งในระหว่างการทำงาน ร้อยละ 3.75 และไม่ดื่ม ร้อยละ 96.25 คนงานทอewnนอกระบบส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.25 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 13.75 มีโรคประจำตัว

ด้านลักษณะการทำงาน คนงานทอewnในระบบทั้งหมดทำงานทอewnเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 74.07 ไม่มีอาชีพเสริมอย่างอื่น การเรียนรู้จากการทำงานในโรงงาน

ทั้งหมดเกิดจากการเรียนรู้ในโรงงาน ทำงานในแผนกรออีแปะตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 57.40 อายุงานสูงสุดในแผนกทอวน คือ 15 ปี ร้อยละ 94.45 ทำงาน 12 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 5.55 ทำงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากเป็นพนักงานทอวนที่กำลังตั้งครรภ์และสูงอายุน้อยจึงไม่สมัครใจทำงานล่วงเวลา

คนงานทอวนนอกระบบ ร้อยละ 72.50 ทำอาชีพทอวนเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 27.50 ทำงานทอวนเป็นอาชีพเสริม การเรียนรู้วิธีการทำงานทอวนด้วยวิธีการเรียนรู้จากโรงงานมากที่สุด ร้อยละ 51.25 รองลงมาร้อยละ 35.00 เรียนรู้จากการสอนกันเองในครอบครัว อายุการทำงานของคนงานทอวนนอกระบบ ร้อยละ 63.75 มีอายุการทำงานทอวนน้อยกว่า 2 ปี และร้อยละ 36.25 มีอายุการทำงานทอวนมากกว่า 2 ปี แต่ไม่ถึง 3 ปี คนงานทอวนนอกระบบ ร้อยละ 51.25 เคยทำงานทอวนในระบบมาก่อนโดยมีระยะเวลาในการทำงานในระบบ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31.71 ส่วนมากร้อยละ 72.50 ทำงาน 9-12 ชั่วโมงต่อวัน สูงสุด 15 ชั่วโมงต่อวัน คนงานทอวนนอกระบบ ร้อยละ 86.25 ทำงานทุกวันไม่มีวันหยุดในรอบสัปดาห์

การเจ็บป่วยที่เกิดกับคนงานทอวนในระบบตามกลุ่มอาการทางสายตาและการมองเห็น พบมากที่สุดคืออาการตาพร่ามัว ร้อยละ 24.37 กลุ่มอาการทางหูและการได้ยินพบมากที่สุด คือ อาการหูอื้อ ร้อยละ 33.34 กลุ่มอาการเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดข้อมือ ร้อยละ 61.11 ส่วนการเจ็บป่วยในคนงานทอวน พบว่า กลุ่มอาการทางสายตาและการมองเห็นที่พบมากที่สุดคืออาการตาพร่ามัว ร้อยละ 47.50 อาการทางหูและการได้ยินพบมากที่สุด คืออาการมีเสียงดังในหู ร้อยละ 3.75 ซึ่งมีอาการตลอดเวลา กลุ่มอาการเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคืออาการปวดข้อมือ ร้อยละ 63.75

คนงานทอวนในระบบมีลักษณะการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากที่สุดคือ การเกิดบาดเจ็บจากการใช้กรรไกรหรือบาดเจ็บจากเส้นใย ร้อยละ 42.59 ส่วนคนงานทอวนนอกระบบที่พบมากที่สุด คือการหกล้มจากสิ่งกีดขวางบริเวณจุดทำงาน ร้อยละ 57.50

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยจากการทำงาน ดังแสดงตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของคนงานทอวน

ปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ในระบบ (n=54)	นอกระบบ (n=80)
คนงานทอวนที่มีอุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน	48(88.89)	11(13.75)
ปัญหาสุขภาพจากการทำงานทอวน		
ปัญหาการมองเห็นเกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว	13(24.37)	38(47.50)
ปัญหาการมองเห็นเกี่ยวกับอาการปวดตา	12(22.22)	30(37.50)
ปัญหาการได้ยินเกี่ยวกับอาการหูอื้อ	18(33.33)	2(2.50)
ปัญหาการได้ยินเกี่ยวกับอาการเสียงดังในหู	1(1.85)	3(3.75)
ปัญหาระบบกล้ามเนื้อเกี่ยวกับอาการปวดข้อมือ	33(61.11)	51(63.75)
การเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บการทำงาน		
การเกิดบาดเจ็บจากการใช้กรรไกร	23(42.60)	40(50.00)
การหกล้มจากสิ่งกีดขวางการทำงาน	2(3.74)	46(57.50)
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	(n=24)	(n=59)
มีหลอดไฟติดกับเครื่องจักร	24(100.00)	41(69.49)
การตรวจวัดแสงสว่างอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (≥ 300 lux)	24(100.00)	38(64.40)
การตรวจวัดเสียงดังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (< 87 dBA)	6(100.00)	59(100.00)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเจ็บป่วยเกี่ยวเนื่องจากการทำงานของคนงานทอวนในระบบและนอกระบบ

ปัญหาสุขภาพ	ในระบบ(n=54)		นอกระบบ(n=80)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. อาการแสบตา	1.07	0.26	1.53	0.91	0.45	0.325
2. อาการปวดตา	1.29	0.60	1.56	0.87	1.04	0.046
3. อาการเคืองนัยน์ตา	1.17	0.69	1.51	0.97	0.38	0.980
4. ตาพร่ามัว	1.39	0.79	1.79	1.00	0.78	0.145
5. หูอื้อ	1.44	0.77	1.03	0.16	1.23	0.032*
6. มีเสียงดังในหู	1.06	0.41	1.11	0.57	0.03	1.340
7. ปวดกล้ามเนื้อต้นคอ	1.35	0.83	1.79	1.08	0.56	0.345
8. ปวดกล้ามเนื้อไหล่	1.83	1.13	1.80	0.95	0.34	0.783
9. ปวดกล้ามเนื้อแขน	1.85	1.07	1.86	1.06	0.15	0.911
10. ปวดข้อมือ	2.31	1.23	2.22	1.18	0.39	0.712
11. ปวดหลัง	1.70	0.94	1.75	0.93	1.02	0.044
12. ปวดเอว	1.39	0.76	2.05	1.23	0.10	0.976
13. ปวดกล้ามเนื้อขา	1.31	0.67	1.89	1.07	1.98	0.022*
14. ปวดเข่า	1.06	0.41	1.14	0.59	0.54	0.322
15. มีอาการนิ้วล็อค	1.11	0.46	1.28	0.69	0.43	0.562

*Significant at the level 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัญหาสุขภาพของคนงานทอวน พบว่า คนงานทอวนในระบบมีขั้นตอนการทำงานที่น้อยกว่าคนงานทอวนนอกระบบ โดยขั้นตอนการทำงาน คือ การตรวจสอบเครื่องจักร และการทำงานกรออีแปะ การทำงาน มีการยืนและนั่งทำงานกรออีแปะได้เพราะมีเก้าอี้สำหรับพักเป็นช่วงๆ การทำงานกับเครื่องจักร 1 เครื่อง มีจำนวนคนทำงาน 2 คนทำงานวันละ 12 ชั่วโมง มีการจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลแรกเข้าทำงานทุกคน และส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า เครื่องจักรที่ใช้มีหลายขนาดแต่เครื่องจักรทั้งหมดมีขนาดมากกว่า 5 แรงม้า มีหลอดไฟติดตั้งที่เครื่องจักรและมีการเปิดใช้หลอดไฟขณะทำงาน พื้นที่ในการทำงานโดยเฉลี่ย 3-5 ตารางเมตรต่อคน

ปัญหาสุขภาพของคนงานทอวนในระบบ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่การเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว

และอาหารปวดข้อมือ เนื่องจากการมองขึ้นงานนานเกินไป ผลการตรวจวัดความเข้มแสงสว่าง อยู่ระหว่าง 340-1,600 lux และคนงานทอวนในระบบมีอาการหูอื้อ เนื่องจากการทำงานอยู่ในส่วนที่ใกล้กับแผนกทอวนที่มีเสียงของเครื่องจักรค่อนข้างดัง จากการตรวจวัดระดับเสียงดัง อยู่ระหว่าง 76.20-83.60 dBA อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บจากการทำงานส่วนใหญ่เกิดบาดเจ็บจากการใช้กรรไกร

คนงานทอวนนอกระบบ มีการรับ-ส่งวัสดุและผลิตภัณฑ์ การกรออีแปะ การตรวจสอบ ขึ้นงานและการแก้ไขขึ้นงาน และการบรรจุขึ้นงานในกล่อง ส่วนใหญ่คนงานทอวนนอกระบบที่ทำงานคนเดียวจะมีเวลาพักมากกว่าทำงาน 2 คน เนื่องจากเมื่อทำงานในขั้นตอนการกรออีแปะเสร็จแล้วจะต้องสลับมาตรวจสอบและแก้ไข ขึ้นงานซึ่งเป็นการเปลี่ยนลักษณะการทำงานเพื่อบรรเทาความเมื่อยล้า ส่วนคนงานทอวนนอกระบบที่ทำงาน 2 คนขึ้นไป จะมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน คือ กรออีแปะ และตรวจสอบแก้ไขขึ้นงาน ทำให้มีการทำงานท่าทางเดิมซ้ำๆ ติดต่อกัน

กันนานขึ้น ส่วนใหญ่ทำงาน 9-12 ชั่วโมงต่อวัน และช่วงงานเร่งด่วนทำงานสูงสุด วันละ 15 ชั่วโมง การตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พบว่า ระดับเสียงดังทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด

ปัญหาสุขภาพของคนงานทอวนนอกระบบ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การเจ็บป่วยพบอาการเกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว และอาหารปวดข้อมือ เป็นส่วนใหญ่ อาการตาพร่ามัวเนื่องจากการมองเห็นงานนานเกินไป ซึ่งผลการตรวจวัดความเข้มแสงสว่างมีจุดปฏิบัติงานที่มีแสงสว่างไม่เหมาะสม จำนวน 21 จุด (ร้อยละ 35.59) ซึ่งในกลุ่มนี้มีทั้งจุดที่ไม่มีหลอดไฟติดตั้งที่เครื่องจักรและกลุ่มที่มีหลอดไฟแต่ไม่เปิดใช้หลอดไฟขณะทำงาน

สภาพแวดล้อมในการทำงานของคนงานทอวนในระบบจะมีการทำงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเนื่องจากได้รับการดูแลจากโรงงานและมีเจ้าหน้าที่สิ่งแวดล้อมและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการจัดสภาพแวดล้อมการ

ทำงานให้เหมาะสม ส่วนสภาพแวดล้อมในการทำงานของคนงานทอวนนอกระบบส่วนมากยังไม่เหมาะสมกับการทำงานทั้งการจัดพื้นที่ทำงานและสิ่งแวดล้อมจากการตรวจวัด การเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยมากที่สุดพบอาการเดียวกันคือ อาการปวดข้อมือ ส่วนการเกิดอุบัติเหตุมีลักษณะการเกิดแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบต่อครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ของคนงานทอวนและครอบครัว
2. ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนาเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานของคนงาน และปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้กับกลุ่มคนงานทอวนนอกระบบที่มีการทำงานกับเครื่องจักร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์กาญจนา นาถะพินธุ รองศาสตราจารย์ ดร.ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม, ดร.นงลักษณ์ พะโกยะ และอาจารย์สุทิน ชนะบุญ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ และขอบพระคุณโรงงาน ขอนแก่นแหวน สาขาหนองเรือ ที่ให้ความร่วมมือให้ช่วยเหลือตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี 2554. (Internet) (เข้าถึง 10 มิ.ย. 2555) URL:http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-2-4.html.
2. วิจิตร ระวิวงศ์, สมบุญ ยมนา, สมศักดิ์ นัคลาจารย์, กัลยา ไทยวงษ์ และ นันทมน แก้วไท. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างและผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานคร. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2552.
3. ประดิษฐ์ ชาสสมบัติ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษารูปแบบการพัฒนากลุ่มผู้รับงานไปทำที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: ไทยเกษม; 2542.
4. อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, ยรรยง อินทร์ม่วง, ดุษฐิ์ อายูวัฒน์, เฟื่องฟ้า กาญจนโนภาส และ ภาณี ฤทธิมาก. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ บทบาท หน้าที่และรูปแบบการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.
5. โรงพยาบาลหนองเรือ. เอกสารรายงานงานคุณภาพโรงพยาบาลหนองเรือ [เอกสารอัดสำเนา]. ขอนแก่น : โรงพยาบาลหนองเรือ; 2549.
6. กาญจนา นาตะพินธุ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และการแก้ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานอุตสาหกรรมในครัวเรือนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย: สำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.

**การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยเบาหวาน
ก่อนได้รับการผ่าตัดต้อกระจก**
ณ ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม
THE DEVELOPMENT PATTERN OF PRE-OPERATION
CATARACT DIABETES MELLITUS IN OUT PATIENT EYE
DEPARTMENT MAHASARAKHAM HOSPITAL

นันทนา สราญจิตร์*
NANTANA SARANJIT*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ของห้องตรวจตาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาจากผู้ป่วยห้องตรวจตาผู้ป่วยนอกที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา การได้รับการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานก่อนผ่าตัดต้อกระจก ตามรูปแบบที่ได้จัดทำขึ้นพบว่า เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2555 มีอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัด 1 ครั้งในผู้ป่วย 1 ราย สาเหตุคือ น้ำตาลในเลือดสูงเกิน 200 mg/dl เดือนธันวาคม 2555 ถึง กันยายน 2556 ไม่มีอุบัติการณ์เลื่อนผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านผู้ให้บริการ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการประเมินความรู้ความเข้าใจแนวทาง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัดต้อกระจกหลังได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง ถึงร้อยละ 98

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อม, ผู้ป่วยเบาหวาน, ต้อกระจก.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม

Abstract

Objectives : This research was to develop a model to prepare patients prior to cataract surgery. Eye of a patient for surgery in Mahasarakham hospital.

Methods : This study of patients who have been diagnosed by a doctor that. Diabetes underwent cataract surgery. During October 2012 - September 2013 using descriptive statistics, frequencies and percentages. The study has been prepared in diabetic patients before cataract surgery. The format has been prepared for the October - November 2012 surgery, one drop in the incidence of 1 case the cause is high blood sugar over 200 mg / dl in December 2013 to September 2013 without postponement incidence surgery.

Result : The patients with diabetes or patients receiving satisfaction. Procedures in service facilities and service providers. The level cognitive assessment and care guidelines diabetic patients after cataract surgery has been suggested. Patients can be put to respondents was 98 percent.

Keywords : The preparation, cataracts, Diabetes.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก ซึ่งปัจจุบันได้แบ่งโรคเบาหวานเป็น 2 ชนิด คือ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) และโรคเบาหวานที่พบได้บ่อย คือ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) โรคเบาหวานที่พบได้บ่อยคือโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกประมาณว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกไม่น้อยกว่า 50 ล้านคน และอาจเพิ่มมากกว่า 100 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 200 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 และอาจเพิ่มมากกว่า 250 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 โดยประมาณการณ์ว่า ประเทศกำลังพัฒนาในแถบทวีปเอเชียจะมีอัตราเพิ่มสูงที่สุดในจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตเป็นแบบตะวันตก ประมาณร้อยละ 90 จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเดิมเรียกว่า เบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศไทย พบว่า มีความชุกของโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท ซึ่งทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้

จากสถิติโรงพยาบาลมหาสารคามในรอบหลายปีที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระจกมีจำนวนมากถึง 2,000 - 3,000 ราย/ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการผ่าตัดต่อกระจกรวมอยู่ด้วยพบว่า เกิดอัตราการงดและเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวานเฉลี่ย 42 ราย ในปี 2552 คิดเป็น 0.68%, ในปี 2553 จำนวน 27 ราย คิดเป็น 0.30% และในปี 2554 จำนวน 12 ราย คิดเป็น 0.20% ซึ่งปัญหานี้ยังคงมีปรากฏอยู่บ่อยๆ ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลเกินขนาดในการรับเข้าผ่าตัดต่อกระจกซึ่งอาจส่งผลถึงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด^{3,4} เช่น การติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นต้อหินในขณะรอคิวผ่าตัด เนื่องจากต้องเลื่อนการผ่าตัดเพื่อปรับระดับน้ำตาลให้ลดลงบางรายพบมีประวัติมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง, โรค

หัวใจ ที่ต้องรับประทานยา ASA ผู้ป่วยบางรายขาดความเข้าใจและขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง อีกทั้งได้รับคำแนะนำและข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมทั่วถึง จึงส่งผลให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

ปัจจุบันมีแนวทางปฏิบัติสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกแล้ว แต่ทำได้ไม่ครอบคลุมทั่วถึง จึงได้พัฒนารูปแบบแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่รับผ่าตัดต่อกระจก เพื่อให้ปัญหาการงดและการเลื่อนผ่าตัดลดลงหรือหมดไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการวางแผนปฏิบัติการ สะท้อนการปฏิบัติ ปรับปรุงแผน และพัฒนาการปฏิบัติงาน พัฒนาองค์ความรู้

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาสารคามที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานที่จะได้รับการนัดผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวานก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจกล่วงหน้าก่อนการมาอนโรงพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานที่ได้รับการนัดผ่าตัดต่อกระจก ในระหว่างเดือนตุลาคม 2555 - กันยายน 2556

ผลการศึกษา

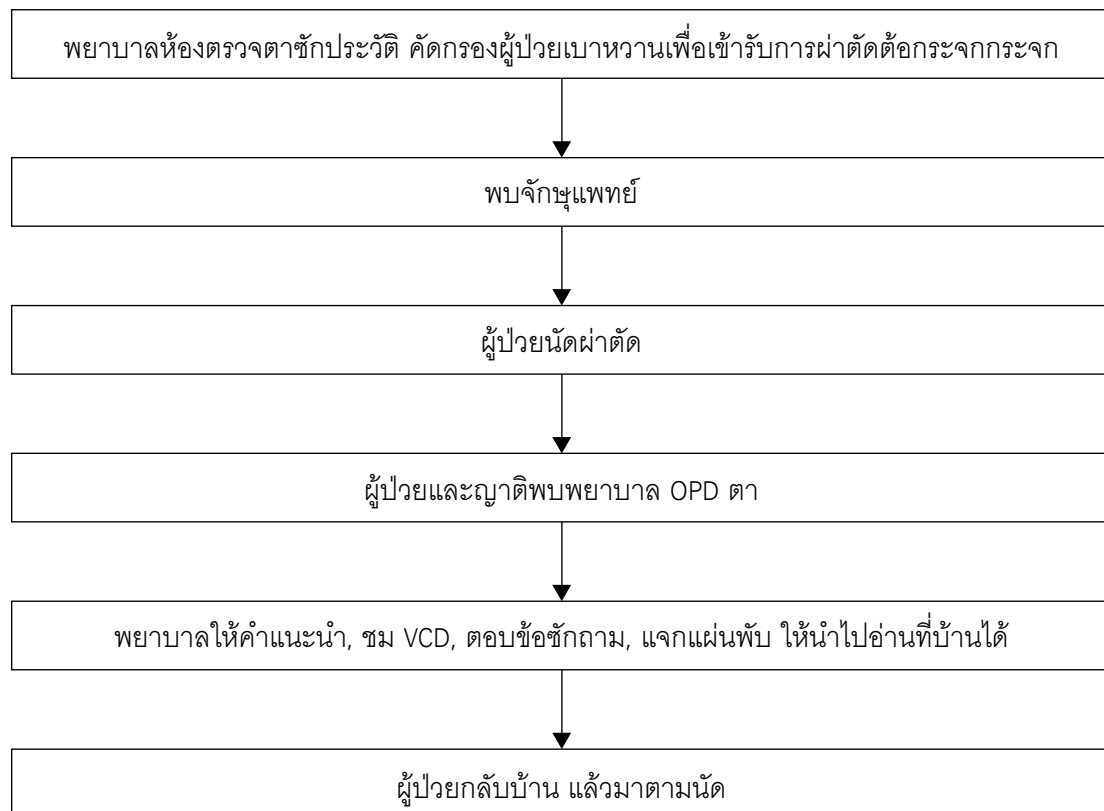
พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานบางรายที่นัดมาอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดต่อกระจก มีน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าที่กำหนด (มากกว่า 200 mg/dl) และมีค่าความดันโลหิตสูงเกินกว่าที่กำหนด (มากกว่า 140/80 mmHg) และผู้ป่วยบางรายไม่ได้ดื่มน้ำ Aspirin ตามเวลาที่กำหนด (7 วัน) และในส่วนของพยาบาลในห้องตรวจตา ไม่มีเวลาให้คำแนะนำ หรือให้คำแนะนำอย่างเร่งรีบ ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยต้องการคือเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน - หลังผ่าตัดต่อกระจก เรื่องเกี่ยวกับโรคและสาเหตุ ซึ่งสามารถปฏิบัติตนได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลชนิดที่ผู้ป่วยต้องการ

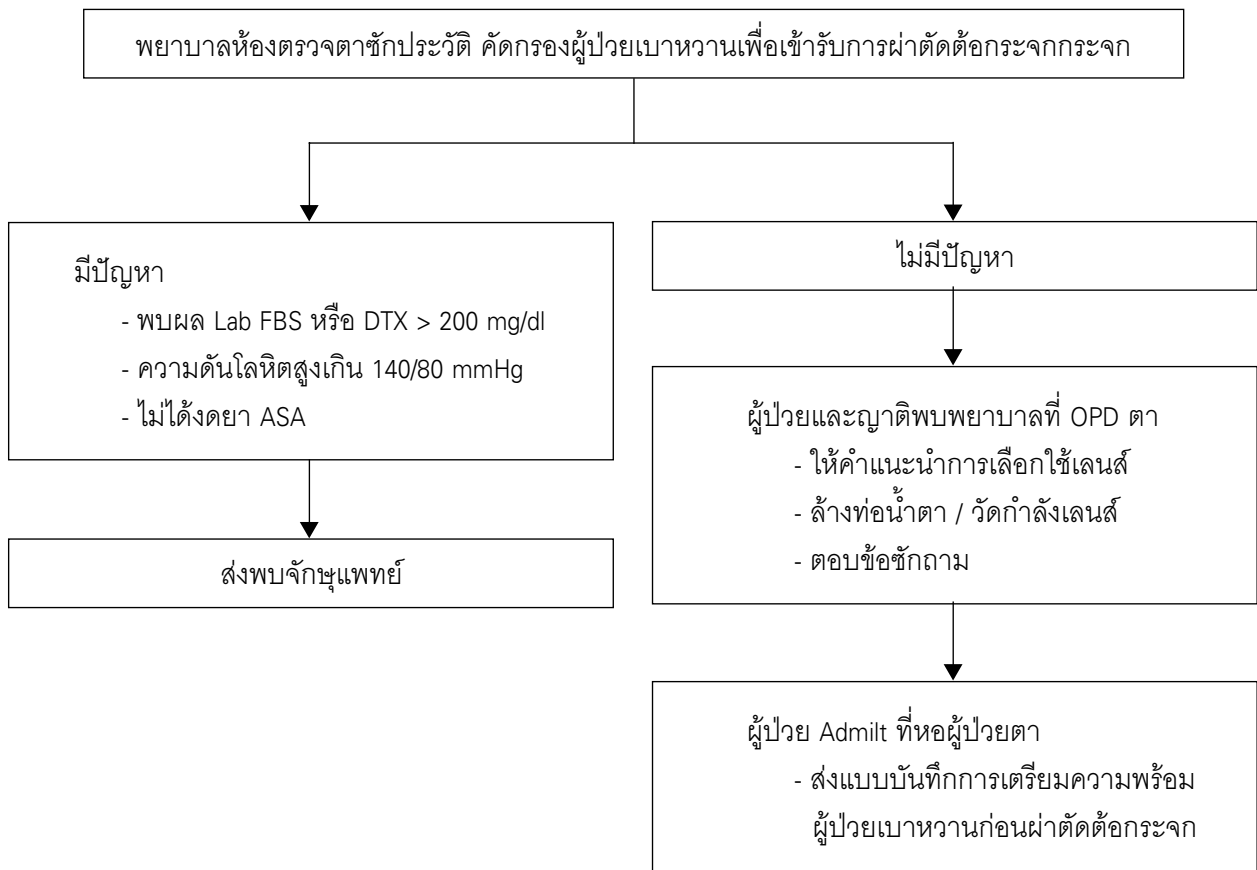
ชนิด	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่	13	10.8
ทีมงานให้บริการ	17	11.6
โรคและสาเหตุ	19	15.8
การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต่อกระดูก	21	17.5
ขั้นตอนการผ่าตัด	17	14.1
เวลาที่ผ่าตัด	19	15.8
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระดูก	17	14.1

การพัฒนารูปแบบ

Flow chart รูปแบบที่ 1 คัดกรองผู้ป่วย



Flow chart รูปแบบที่ 2 เข้าวัน Admit



ตารางที่ 2 ข้อมูลหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานก่อนผ่าตัดต้อกระจก หลังการพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วย (ต.ค. 55 - ก.ย. 56)

เดือน / ปี	จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด	อุบัติการณ์เลื่อนการผ่าตัด	สาเหตุ	จำนวนผู้ป่วยที่เลื่อนผ่าตัด
ต.ค.55 - พ.ย.55	217 ราย	1 ครั้ง	น้ำตาลในเลือดสูงเกิน 200 mg/dl	1 ราย
ธ.ค.55 - ม.ค.56	228 ราย	2 ครั้ง	รายที่ 1 จากความดันโลหิตต่ำมาก รายที่ 2 จากคลุมผ้าไม่ได้	2 ราย
ก.พ.56 - มี.ค.56	199 ราย	ไม่มีเลื่อนผ่าตัด		
เม.ย.56 - พ.ค.56	210 ราย	ไม่มีเลื่อนผ่าตัด		
มิ.ย.56 - ก.ค.56	225 ราย	ไม่มีเลื่อนผ่าตัด		
ส.ค.56 - ก.ย.56	215 ราย	ไม่มีเลื่อนผ่าตัด		

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การบริการ	ระดับ	ร้อยละ
- ด้านกระบวนการ และขั้นตอนการให้บริการ	มากที่สุด	84.2
- ด้านผู้ให้บริการ	มาก	8.4
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	มาก	7.4

ส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ

ตารางที่ 4 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจแนวทางและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่าตัดต่อกระจก

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน 200 mg/dl	✓	
2	ผู้ป่วยควรงดยาลดลิ่มเลือด 7 วัน ก่อนผ่าตัด	✓	
3	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลตามส่วนต่างๆ ของร่างกายจะได้รับการผ่าตัด		✓
4	ถ้ามีภาวะเครียด ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด		✓
5	ผู้ป่วยควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 ชั่วโมง	✓	
6	ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานยาสม่ำเสมอ	✓	
7	ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรออกกำลังกาย		✓
8	ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมความดันไม่เกิน 140/80 mmHg	✓	
9	ผู้ป่วยเบาหวานควรมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ	✓	
10	ควรพบแพทย์ตามนัดแม้จะรู้สึกสบายดี	✓	

การประเมินความรู้ ความเข้าใจ แนวทาง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งประเมินหลังจากได้ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง ร้อยละ 98

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเบาหวานก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจก ณ ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมพร้อมผู้ป่วย

เบาหวานก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระจกล่วงหน้า ก่อนการมาอนโรงพยาบาลนั้น สามารถสรุปได้ว่า ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการและด้านสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก ด้านการประเมินความรู้ความเข้าใจ แนวทาง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผ่าตัดต่อกระจก หลังให้คำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก ณ ห้องตรวจตาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม มีผลต่อการเลื่อนผ่าตัดและสามารถผ่าตัดได้ตามวัน เวลาที่กำหนด การให้ข้อมูลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ห้องตรวจตา เพราะทำให้ทราบข้อมูลอย่างละเอียด สร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สามารถ

วางแผนการดูแลต่อเนื่อง ระยะหลังการผ่าตัดได้ ป้องกันปัญหาแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำรูปแบบการพัฒนาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่นๆ ที่มีปัญหาแบบเดียวกันการพัฒนา รูปแบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด สามารถใช้เป็นรูปแบบในการทำงานเชิงรุกของพยาบาลโดยใช้บุคลากรน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. วีระศักดิ์ ศรีนนทากร, บรรณานิการ. โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ, กรุงเทพฯเวชสาร; 2553.
2. ธิติ สันบุญญ และวราภร วงศ์ถาวรวัดณ์, บรรณานิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์; 2549.
3. วิทยา ศรีดามา, บรรณานิการ. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
4. Larsen JL, Ducworth WC, Statta RJ. Pancreas transplantation for type 1 diabetes. Postgrad Med 96; 1994. p.105-11.

การพัฒนาแบบแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูล โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

The Development Of Patient Advocacy Practice Model For Information Nangrong Hospital Buriram Province

นภาพ แจ้งประจักษ์*
Nuphap jangprajug*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงพัฒนา (Descriptive developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล จำนวน 58 คน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลหลังการพัฒนาแบบแผนปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลสูงกว่า ก่อนได้รับการอบรม ($\bar{X} = 29.16$, $SD = 1.17$) และแตกต่างจากความรู้ก่อนการพัฒนา ($\bar{X} = 24.93$, $SD = 2.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.30$, $p < 0.05$) สรุปผลการพัฒนาครั้งนี้ ส่งผลให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการกิจกรรม การให้ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน

คำสำคัญ : พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย, การให้ข้อมูล.

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

Abstract

The objective of this descriptive developmental research was to develop of patient advocacy practice model for information giving of staff nurses at Nangrong hospital Buriram province. The sample was 58 professional nurses, selected by purposive sampling method. The research instrument were one questionnaire namely Knowledge of information giving advocacy practice for patient. The questionnaire was tested for reliability. The cronbach's alpha coefficient was 0.71. The statistics utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation and paired t - test. The result of this study indicate that Mean score of knowledge of information giving advocacy practice for patient after develop from The patient advocacy practice model for information giving highly than before training ($\bar{X}$ = 29.16, SD = 1.17), And Knowledge differently before training ($\bar{X}$ = 24.93, SD = 2.58) respectively (t = 10.30, p < 0.05) And The development in this research has the practice model for information giving in patient acute myocardial infarction.

Keywords : Patient advocacy model, Information giving.

บทนำ

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนตลอดเวลา จากปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลกระทบทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนบทบาทของทุกหน่วยงานในระบบสาธารณสุข ซึ่งที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเกื้อกูลน้ำใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของสังคมและผลของวัฒนธรรมทางธุรกิจ ได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น การมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง และมีการล่งละเมิดจากการรักษาพยาบาลมนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อันเป็นสิทธิตามธรรมชาติ ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพ และสิทธิที่จะหาความสุข ไม่มีใครละเมิดได้ ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนี้ ได้รับการรับรองและคุ้มครองด้วยหลักประกันต่างๆ เพื่อป้องกันการถูกละเมิด เช่น ปฎิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน บัญญัติรัฐธรรมนูญของประเทศ กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา คำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์การวิชาชีพในประเทศไทย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาล พยาบาลทุกคนต้องยึดถือจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งจรรยาบรรณพยาบาลนี้ยึดปรัชญาที่เชื่อในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเคารพในสิทธิผู้ป่วยเป็นหลักในการปฏิบัติงาน สิทธิผู้ป่วยเป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ผู้ป่วยรวมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง สิทธิจึงช่วยปกป้องผู้ป่วยจากการถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติเป็นบุคคลคนหนึ่ง ผู้ป่วยไม่ต้องการการปฏิบัติจากพยาบาลอย่างขาดความเคารพดูหมิ่น ถูกเหยียดหยาม ถูกทอดทิ้ง ล่วงละเมิดต่อความเป็นบุคคล ผู้ป่วยทุกคนต้องการ ได้รับคำแนะนำ รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เผชิญอยู่

โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสาขาหลักสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และสาขารอง ตา หู คอ จมูก

เวชศาสตร์ฟื้นฟู และวิสัญญี ซึ่งการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนยุ่งยากขึ้น มีเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย และเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย 7 โรงพยาบาล สถิติเรื่องร้องเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า สถิติข้อร้องเรียนในปี 2552 - 2554 ภาพรวมสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 57 เรื่อง 32 เรื่อง และ 22 เรื่อง ตามลำดับ จำนวนผู้รับบริการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุขสูงขึ้นทุกปี จำนวนข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลนางรอง ในปี 2552 - 2554 จำนวน 54 เรื่อง 48 เรื่อง และ 49 เรื่อง ตามลำดับ เกี่ยวกับการละเลยการดูแลผู้ป่วย การดูแลที่ไม่เสมอภาค การบริการที่ล่าช้า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และกิริยาวาจาส่อเสียด การไม่ได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพคำแนะนำก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงและอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกของแผนกอายุรกรรม มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งการมาพบแพทย์เพื่อให้ทำการรักษาใหม่ ทำให้สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลและเสียเวลาในการรักษาพยาบาล ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือไม่ได้ตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเพราะพยาบาลต้องรีบเร่งปฏิบัติงานให้ทันเวลาพยาบาลไม่ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อรวบรวมข้อมูลตั้งแต่แรกเริ่ม ไม่ได้วางแผนที่จะคุ้มครองผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามการสอน แนะนำ หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล แม้จะมีการให้ข้อมูลบ้างแต่ไม่เพียงพอตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ยังพบว่า ญาติจะคอยซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตลอดเวลาเมื่อถูกถามจากผู้ให้บริการ พยาบาลจะตอบว่าต้องรีบทำงานให้เสร็จทันเวลา ไม่มีเวลาตอบหรืออธิบาย และบอกให้รอถามแพทย์ ซึ่งสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเอง

จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล และเพื่อศึกษา วัดความรู้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล โรงพยาบาลนางรอง

วิธีการและรูปแบบ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงพัฒนากลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 58 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 58 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลแบบให้เลือกคำตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” เครื่องมือผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.71 มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554 และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีแบบจับคู่ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลที่ได้รับจากการระดมสมองของพยาบาลประจำการ โดยสรุปประเด็นและความคิดเห็นจัดเป็นหมวดหมู่

2. วิเคราะห์ผลการประเมินความรู้ การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนการอบรมและหลังการทดลองใช้ร่างรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

3. เปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำการก่อนและหลังพัฒนา โดยทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired T-test)

4. วิเคราะห์ความคิดเห็นปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 58 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ มีอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 40 ปี ร้อยละ 55.2 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 93.1 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 96.6 ปฏิบัติในระดับตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 69 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 37.9 ไม่เคยเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือรับการอบรม ร้อยละ 52 และผลการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล จากการประชุมเชิงปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลและการประชุมกลุ่มระดมสมอง ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยใช้แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมบริการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ใช้บริการของกองการพยาบาล เป็นแนวทางในการประชุมกลุ่มระดมสมองในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลได้แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการปฏิบัติ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมบริการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ใช้บริการมี 6 ขั้นตอน 1) การเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการ 2) การปฏิบัติกิจกรรม 3) การให้คำแนะนำ/อธิบายอย่างชัดเจนก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง 4) การทบทวนความเข้าใจของผู้ใช้บริการ 5) ปฏิบัติการพยาบาลและกิจกรรมการรักษาของแพทย์ พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน 6) บันทึกข้อมูลรายละเอียดต่างๆ

ด้านความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลพบว่า ก่อนการอบรม พยาบาลประจำการมีความรู้เกี่ยวกับการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลนางรอง มีความรู้อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 24.93$) เมื่อเปรียบเทียบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล พบว่า ก่อนและหลังการอบรมพยาบาลประจำการมีความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลนางรอง หลังการอบรม ($\bar{X} = 29.16$) อยู่ในระดับสูงกว่า ก่อนการอบรม ($\bar{X} = 24.93$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล

ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลนางรอง หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การจัดอบรมเสริมความรู้ให้พยาบาลในเรื่องแนวคิดสิทธิผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รูปแบบการปฏิบัติการ

พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทำให้พยาบาลประจำการมีความรู้สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลมากขึ้น รวมทั้งสมาชิกทุกคนร่วมกันระดมสมองค้นหาปัญหาอุปสรรคในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลมากขึ้น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาการปฏิบัติพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	24.93	2.85	29.16	1.17	-10.30	0.000*

ผลการพัฒนาครั้งนี้ ส่งผลให้ได้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย คือ แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม

อภิปรายผล

จากการที่พยาบาลได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลจากวิทยากร ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนในกลุ่มแสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรีทุกแห่งทุกมุม ไม่ว่าผิดหรือถูก ร่วมสร้างรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล โดยใช้เทคนิคระดมสมองให้สมาชิกกลุ่มทุกคน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาอุปสรรคในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล และร่วมกันเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหา ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่สำคัญซึ่งรวบรวมได้ แนวทางการปฏิบัติกิจกรรมบริการการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แนวทางครอบครัววัตถุประสงค์และขั้นตอนการปฏิบัติ การพัฒนาโดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการ

พยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูล เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เสนอข้อคิดเห็นทุกแห่งทุกมุม ทุกประเด็นโดยปราศจากข้อจำกัด เป็นการส่งเสริมให้ทุกคนช่วยกันคิด ช่วยแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนางาน ทำให้เกิดความตระหนักและยอมรับแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีความภาคภูมิใจในงาน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของในผลงานที่ทุกคนได้ร่วมกันปฏิบัติตลอดจนได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นรูปธรรมชัดเจนมากยิ่งขึ้น

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลนางรอง หลังการอบรม ($\bar{X} = 29.16$) อยู่ในระดับสูงกว่า ก่อนการอบรม ($\bar{X} = 24.93$) อธิบายได้ว่า การจัดอบรมเสริมความรู้ให้พยาบาลในเรื่องแนวคิดสิทธิผู้ป่วย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย แนวทาง การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทำให้พยาบาลประจำการมีความรู้สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลมากขึ้น รวมทั้งสมาชิกทุกคนร่วมกันระดมสมองค้นหาปัญหาอุปสรรคในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลมากขึ้น² การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสำหรับพยาบาล ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในพยาบาล จำนวน 40 คน โดยใช้เทคนิคระดมสมอง ผลการศึกษา พบว่า จากการให้ความรู้และจัดประชุมกลุ่ม

ร่วมกันสร้างแนวทางและนำแนวทางที่สร้างขึ้นมาปฏิบัติ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการมีระดับปฏิบัติมาก พยาบาลทุกคนทราบว่ามีความสำคัญ สิทธิผู้ป่วยจากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสภาการพยาบาลร่วมลงนามด้วย โดยบทบาทและหน้าที่ของพยาบาล ที่อยู่ในการควบคุมด้วยองค์วิชาชีพจากสภาการพยาบาล จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตาม ประกอบกับ ในปัจจุบันสำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการที่ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลนางรองผ่านการรับรองคุณภาพในปี 2551 ทำให้พยาบาลทุกคนมีความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย^{3,4} การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาการพัฒนาโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยพบว่า พยาบาลทุกคนมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และอาจ

เนื่องมาจากการที่พยาบาลทุกคนมีประสบการณ์ในการรับรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วย และหน่วยงานมีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ทุกจุดบริการรวมทั้งเป็นนโยบายที่พยาบาลทุกคนถือปฏิบัติ ผลการศึกษาจึงแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และการฝึกอบรมพยาบาลเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญและเข้าใจในบทบาทของพยาบาลในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ด้านการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวคิดและทักษะการปฏิบัติงาน รวมทั้ง การพัฒนาพฤติกรรมบริการที่ดี ส่งผลให้ผู้มารับบริการได้รับสิทธิที่พึงได้รับและเกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้านการให้ข้อมูลในงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด และงานผู้ป่วยใน ควรมีการศึกษาค้นคว้าและอุปสรรคในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือในหอผู้ป่วยหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
2. อภิญา ลุพหมมา. **การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี.** รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
3. วาสนา ศังขะภูติ. **ผลของแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2545.
4. รัตนภรณ์ เดล. **การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดร.** รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

**ประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย
ที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม**
**Effectiveness of of using clinical practice guideline for
alcohol withdrawal syndrome (CPG-AWS) in Inpatient department
at Mahasarakham hospital.**

ผกาพร วรเศยานนท์*
Phakaprair Voraseyanont*

บทคัดย่อ

จากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคามพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม แบบผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวน 69, 75 และ 101 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนรักษาภายในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว อยู่ระหว่าง 7-9 วัน การประเมินอาการในภาวะถอนแอลกอฮอล์จึงควรเป็นในแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน (CPG-AWS) ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถใช้เป็นแนวทางในการรักษาร่วมกัน

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) สถานที่ที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาที่ทำการศึกษา คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2556 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 20 คน ประเมินความพึงพอใจจากญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 คน บุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้ CPG-AWS จำนวน 94 คน แบ่งระยะเวลาในการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการนำ CPG-AWS ไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 คน ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติตาม CPG-AWS และประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้ CPG-AWS

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (95%) มีอายุเฉลี่ย 38.05 ปี (S.D. = 6.14) อาชีพรับจ้างทั่วไป/งานช่าง (60%) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,750 บาท ระยะเวลาติดแอลกอฮอล์เฉลี่ย 10.07 ปี (S.D. = 2.31) 50% ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติของการชักจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติของการสับสนจากภาวะขาดแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้ง (60%) กลุ่มตัวอย่างมีวันนอนในโรงพยาบาล เฉลี่ย 4.75 วัน หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดำเนินการตาม CPG-AWS และประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR) ทุกวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

*นายแพทย์ชำนาญการสาขาจิตเวชศาสตร์ กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม

คะแนนดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและไม่มีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ย 85.65 (S.D. = 7.56) จาก 100 คะแนน โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (75%) และบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้ CPG-AWS มีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยที่ 86.08 (S.D. = 5.78) ซึ่งอยู่ในระดับมาก (77.65%) เช่นเดียวกัน

สำหรับแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นข้อความที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับช่วยในการตัดสินใจ ช่วยให้บุคลากรมีความสะดวกใช้ เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม ดังนั้นจึงสามารถยืดหยุ่นในการนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง เป็นการหาวิธีการแก้ไขปัญหาทางคลินิก เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลร่วมกันและลดความหลากหลายของการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาสารคามต่อไป

คำสำคัญ : แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย, อาการถอนแอลกอฮอล์.

Abstract

Background; Alcoholic withdrawal syndrome is an important psychiatric disorder in inpatient department of Mahasarakham hospital. There were 69, 75 and 101 admissions of alcohol withdrawal patients each year during 2010, 2011 and 2012 respectively. From an increasing rate of admission and mean length of stays of 7-9 days; therefore, a development of effective clinical practice guideline is crucial.

Objectives; To study the effectiveness of clinical practice guideline of alcohol withdrawal syndrome (CPG-AWS) in order that the CPG-AWS can be used by every personnel in Mahasarakham hospital.

Material and Method; This study was a descriptive study in 20 hospitalized patients with alcoholic withdrawal syndrome in department of medicine, orthopedic, surgery at Mahasarakham hospital during July to September 2013. The study comprised 3 phases. First phase was for a training of staffs and nurses. Second phase was to apply clinical practice guideline of alcohol withdrawal syndrome (CPG-AWS) to patients. The last phase was an evaluation of an effectiveness of CPG-AWS i.e. the length of stay and satisfaction level of patients, patients' caregivers, staffs and nurses.

Result; The participants were mostly male (95%), with mean age of 38.05 years (S.D. = 6.14). Most of patients were employee (60%) and a mean of salary was 8,750 baths. The mean duration of alcohol dependence was 10.07 years (S.D. = 2.31). Half of patients had previous history of alcohol withdrawal seizure, and 60% of patient had a history of having at least 1 episode of alcohol withdrawal delirium. After the use of CPG-AWS, the mean length of stays was 4.75 days. There was no death nor serious medical complication. A mean score of satisfaction of patients and patients' caregivers, and staffs and nurses were 85.65 out of 100 (S.D. = 7.56) and 86.08 (S.D. = 5.78), respectively. Three-fourth (75%) of patients and 77.65% of staffs and nurses rated high level of satisfaction.

Conclusion; Using CPG-AWS resulted in high satisfaction level of patients, patients' caregivers, and staffs and nurses. Length of stay was shortened. CPG-AWS is a promising effective care plan in alcoholic withdrawal syndrome at Mahasarakham hospital.

Keywords : clinical practice guideline, alcoholic withdrawal syndrome.

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (alcohol abuse) มีเพิ่มมากขึ้น ใน ปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก¹ และมีรายงานปัญหาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ โดยดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 31.5² และยังพบว่า ผู้ที่มีความผิดปกติในพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีโรคจิตร่วม สูงถึง 3.8 เท่า ในเพศหญิงที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5.5 เท่า³ แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง และการติดแอลกอฮอล์เป็นความผิดปกติของระบบชีวประสาทที่เรื้อรัง นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพที่หลากหลายและบ่อยครั้งก็นำไปสู่การรักษาที่หน่วยฉุกเฉินด้วยอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต จากข้อมูลดังกล่าวผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้ จากข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มโรค F10⁴ ตามรหัสโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International statistical classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลมหาสารคามแบบผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวน 600, 891 และ 1,335 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์และมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลมหาสารคามแบบผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวน 69,75 และ 101 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนรับการรักษาภายในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ระหว่าง 7-9 วัน มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ สับสน เกิดอุบัติเหตุจากการกระโดดจากที่สูง และตกเตียง 5 ราย ภาวะชัก 9 ราย จำนวนวันที่สับสน 2-4 วัน และมีภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก 2 ราย จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลมหาสารคามได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการในทุกด้านให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย และเพื่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษามีแนวทางการร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบ

ผู้ป่วยใน ผู้วิจัยได้พิจารณานำแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งพัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล⁵ มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลมหาสารคามต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อให้โรงพยาบาลมหาสารคามมีแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน สามารถใช้เป็นแนวทางในการรักษาร่วมกันของเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) สถานที่ที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2556 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลมหาสารคาม และยินดีให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 20 คน บุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน จำนวน 94 คน ระยะเวลาในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 5 คน นักจิตวิทยา 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 จำนวน 29 คน หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 จำนวน 21 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 20 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 10 คน แพทย์แผนกอายุรกรรม 3 คน แพทย์แผนกศัลยกรรม 2 คน และแพทย์แผนกศัลยกรรมกระดูกชาย 2 คน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการนำแนวทางเวชปฏิบัติ ไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 20 คน ระยะที่ 3 การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทาง

เวชปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลมหาสารคาม แบบบันทึกข้อมูลแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR) แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 38.05 ปี (S.D. = 6.14) สถานภาพสมรส โสดและสมรส ในจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 40 ระดับการศึกษาประถมศึกษาตอนปลายคิดเป็น ร้อยละ 40 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/งานช่าง คิดเป็นร้อยละ 60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,750 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 40,000 บาท มีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภาวะจิตและพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (F106) คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาติดแอลกอฮอล์เฉลี่ย 10.07 ปี (S.D. = 2.31) โดยระยะเวลาติดแอลกอฮอล์ต่ำสุด 5 ปี สูงสุด 15 ปี ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติของการชักจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60 มีประวัติของการสับสนจากภาวะขาดแอลกอฮอล์อย่างน้อย 1 ครั้ง

ข้อมูลการรักษาตามแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.75 วันโดยมีวันนอนต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 16 วัน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 13 ราย (ร้อยละ 65) ที่ประเมิน

คะแนนพบอยู่ในเกณฑ์อาการรุนแรงมาก (CIWA-Ar 20) และได้ดำเนินการตาม CPG-AWS ในการรักษาผู้ป่วยทุกวัน รวมถึงการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนดีขึ้น เมื่อมีคะแนนลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จะหยุดการประเมินเนื่องจากแสดงถึงผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะถอนแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้คะแนนดังกล่าวเมื่อได้รับการรักษาตาม CPG-AWS นาน 4-5 วัน มีกลุ่มตัวอย่าง 1 รายที่บุคลากรสาธารณสุขประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ ไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG-AWS จึงทำให้คะแนนการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR) มีคะแนนขึ้นลงสลับกัน และต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลนานถึง 16 วัน

เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ร้อยละ 95 ไม่มีการชักที่เกิดขึ้นใหม่ ร้อยละ 85 ไม่มีการะสับสน (DTs) ที่เกิดขึ้นใหม่ เกินครึ่งหนึ่งมีจำนวนวันที่มีภาวะสับสน (DTs) เฉลี่ย 2 วัน ต่ำสุดคือไม่มีภาวะสับสน สูงสุด 6 วันที่มีภาวะสับสน และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีภาวะปอดติดเชื้อจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน ตลอดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีการเสียชีวิต

การประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน จำนวน 20 คน ต่อการที่ผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน พบว่า คะแนนความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ย 85.65 (S.D. = 7.56) จากคะแนนเต็ม 100 โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ แบบผู้ป่วยใน แปรผลในภาพรวม

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน	ร้อยละ
มาก	80 คะแนนขึ้นไป	75.0
ปานกลาง	60 - 79 คะแนน	25.0
น้อย	ต่ำกว่า 60 คะแนน	0
($\bar{X}$ = 85.65 S.D.= 7.56 Min. = 69 Max. = 97)		

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน จำนวน 94 คน พบว่า คะแนนความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ย 86.08 (S.D. = 5.78) จากคะแนนเต็ม 100 โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.65 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ แบบผู้ป่วยในแปรผลในภาพรวม

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน	ร้อยละ
มาก	80 คะแนนขึ้นไป	77.65
ปานกลาง	60 - 79 คะแนน	22.34
น้อย	ต่ำกว่า 60 คะแนน	0
($\bar{X}$ = 86.08 S.D. = 5.78 Min. = 65 Max. = 100)		

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนเพียง 20 คน แต่เมื่อให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้คะแนนการประเมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งแสดงถึงผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะถอนแอลกอฮอล์เมื่อได้รับการรักษาตาม CPG-AWS นาน 4-5 วัน ซึ่งก่อนที่จะนำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในมาใช้ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะวันนอนของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ระหว่าง 7-9 วันนอน⁶ การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ความเข้าใจในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แก่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการลดระยะวันนอนของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มีปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาลได้⁷ รวมถึงสามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างให้การรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการนำแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในมาใช้ทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษา การไม่ได้ดำเนินการรักษาตามแนวทางอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่นานขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน จึงเป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาผู้ป่วย ได้มีมาตรฐานแนวทางการให้การรักษาเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีม สามารถนำไปใช้ได้จริงในสถานการณ์จริง และเป็น

การลดช่องว่างระหว่างหลักฐานทางวิชาการและการปฏิบัติ
ลดการปฏิบัติที่ขัดแย้งโดยที่บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วม
เป็นเจ้าของในแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอน
แอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน อันจะส่งผลต่อประสิทธิผลของ
การรักษาผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความเข้าใจในแนวปฏิบัติทางคลินิก
ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ แบบผู้ป่วยใน
ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ
โดยต้องสร้างแนวทางการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิด
ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องทำความเข้าใจ
กิจกรรมต่าง ๆ ในการให้การรักษาตาม แนวทางเวชปฏิบัติ
ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ และให้

ความร่วมมือปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด เพื่อการส่งผลดีต่อ
ระบบการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์

3. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มผู้ป่วย
เป็นสิ่งสำคัญเพื่อการดำเนินการให้การปรับแผนการรักษา
ป้องกันการเสียชีวิตของผู้ป่วย

4. นำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มี
อาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน ไปใช้ในโรงพยาบาล
ชุมชน ในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มี
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเป็น
แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมา
โรงพยาบาลจังหวัดต่อไป

5. ควรมีการศึกษาถึงความเที่ยงตรงของการให้
คะแนนในการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ (CIWA-AR)
ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการ
รักษาผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้ป่วยมีปัญหาลุสจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2549.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต; 2553.
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต; 2556.
4. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral sciences/clinical psychiatrist. 10th ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. แนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม. สถิติการให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารคัดสำเนา. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2555.
7. สมควร จุลอักษร, ภัทราจิตต์ ศักดา, รัตนา เหล่าปิยะสกุล, วิภาวี จันทมัตตุการ, คณินนิตย์ วิชัยดิษฐ์, ปราณี เทพเลื่อน. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดยาที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี [internet]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2556]. เข้าถึงได้จาก : http://cas.or.th/th/medias/conferrance_6/oral/somkuan.pdf.
8. ศิริพร รongหานาม. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาสารคาม. มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2552.

การศึกษาสภาพการดำเนินงานการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

A Study of the Prevention Dengue Fever of Public Health Volunteers Sub-district Khwao, Mahasarakham Province.

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์¹, นภัสนันท์ วงษ์ไชยศิริ², นวพรรษ พิมวิเศษ³, เพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์⁴, สุกัญญา วัฒนประไพจิตร⁵
Phadoongsit Chumnanborirak¹, Napatsanun Wongchisiri², Nawa Pimvised³, Pennipa Chumnanborirak⁴, Sukunya Wattanaprajit⁵.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการศึกษาแบบสำรวจเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวา จำนวน 118 คน เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้แบบสอบถามในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และการสนทนากลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลจากการวิจัย

- 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.30$) ข้อที่มีระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด คือ ทุกคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ($\bar{x} = 4.77$) รองลงมาคือ คิดว่ามีความจำเป็นที่เราทุกคนจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ ($\bar{x} = 4.59$)
- 2) ผลการวิเคราะห์ด้านอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความแตกต่างกับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านอาชีพ การศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกับการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก
- 3) การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารอย่างเพียงพอ อีกทั้งการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค สร้างจิตสำนึก ชี้ให้เห็นว่าโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาอย่างยั้งของคนในชุมชน

คำสำคัญ : การป้องกัน, โรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

^{2,3,4,5}โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา

Abstract

The purpose of this research were to study of the prevention dengue fever of public health volunteers, Sub-district Khwao, Mahasarakham Province. The sample group is public health volunteers, derived from simple random sampling, consisted of 118 respondents. The research instrument was a questionnaire and focus group discussion. Data were analyzed using descriptive statistics.

The result of this study were :

1) The overall score of the prevention dengue fever of public health volunteers were in a high level ($\bar{x} = 4.30$). And a score in each part were in a high to highest level. The people in the community involved. In the prevention and control of dengue fever ($\bar{x} = 4.77$). We all need to help eliminate mosquito breeding grounds every week ($\bar{x} = 4.59$).

2) Analysis of aged public health volunteers operations to prevent dengue fever are differences with statistically significant at level .05. However, occupation, education, public health volunteers are not difference with statistically significant.

3) Prevention and control of dengue fever has to be the public's perception as well. Encourage community participation in dengue prevention. Dengue is a problem particularly of the community.

Keywords : Prevention, Dengue Fever, Public Health Volunteers.

บทนำ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน ปัญหาด้านโรคภัยไข้เจ็บ นับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในท้องถิ่นหรือชุมชน ซึ่งการจัดปัญหาทางสาธารณสุขให้ลดความรุนแรงหรือหมดไปได้ ถือเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การยกระดับสุขภาพอนามัย ให้มีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ทั้งจะเป็นการประเมินถึงมาตรการดำเนินงานที่มีอยู่ในปัจจุบันว่าสามารถป้องกันและควบคุมโรคภัยต่าง ๆ ได้ดีเพียงพอหรือยัง ปัญหาด้านโรคภัยไข้เจ็บของประชาชนควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยนำกลวิธีการดำเนินงานมาปรับใช้อย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างทันต่อเหตุการณ์

โรคไข้เลือดออก (Hemorrhagic fever) เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เพราะมีการระบาดอย่างกว้างขวางต่อเนื่อง และเป็นโรคที่เกิดจากยุงเป็นพาหะของโรค โรคไข้เลือดออกนอกจากจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตร้อน แนวโน้มอัตราการป่วย อัตราการตาย ยังคงขึ้นสูงอยู่ รวมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลของประเทศ ทั้ง ๆ ที่โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่ยังมีคนจำนวนมาก ที่ไม่เห็นความสำคัญและไม่ปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรค จากการรายงานของสำนักโรคติดต่อโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2556 พบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมโดยรวม 87,533 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 83 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 136.2 อัตราตายต่อแสนประชากร 0.13 อัตราป่วยตาย (ร้อยละ) 0.09 จากข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกมีรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 7 กรกฎาคม 2556 พบว่า มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 1,022 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 106.67 ต่อประชากรแสนคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุที่พบมาก คือ 10 - 14 ปี รองลงมา 5 - 9 ปี และ 15 - 24 ปี มีการระบาดมากที่อำเภอกันทรวิชัย เมืองมหาสารคาม วาปีหุ้ม และโกสุมพิสัย การสร้างความ

ตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ออกพ่นสารเคมีกำจัดลูกน้ำยุงลาย เพื่อตัดวงจรการแพร่ระบาดของเชื้อไข้เลือดออกตามบ้านเรือน หมู่บ้านที่เคยเกิดการแพร่ระบาด และตามโรงเรียนต่างๆ สำหรับประชาชนทั่วไปควรหมั่นสำรวจจุดน้ำขังรอบๆ คือ ภาชนะที่มีน้ำขังใส นิ่ง ที่ส่วนใหญ่มักอยู่ในบ้าน และรอบๆ บริเวณบ้าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา รับผิดชอบการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จำนวน 13 หมู่บ้าน สภาพทั่วไปของตำบลเขวา ตั้งอยู่ที่ราบสูง มีประชากรจำนวน 7,595 คน เป็นชาย จำนวน 3,839 คน หญิง จำนวน 3,756 คน และมีจำนวน 1,820 ครัวเรือน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่เหมาะสมกับปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เป็นพื้นที่ใกล้เมือง มีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น จึงทำให้มีความเสี่ยงในการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ง่าย และระยะเวลาที่ปลอดทั้งปี ต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การระบาดของโรคในตำบลเขวาจะระบาดติดต่อกันในละแวกบ้านใกล้เคียง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขาดการป้องกัน ควบคุมโรคที่ต่อเนื่อง จากข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา ปี 2553 มีผู้ป่วย จำนวน 6 คน, ปี 2554 มีผู้ป่วย จำนวน 3 คน, ปี 2555 มีผู้ป่วย จำนวน 3 คน และเฉพาะครึ่งปี 2556 มีผู้ป่วยจำนวน 42 คน ซึ่งเป็นอัตราการป่วยสูงมากกว่าทุกปีที่ผ่านมา จึงเป็นปัญหาในชุมชน ดังนั้น จำเป็นต้องมีหลัก การดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นส่วนสำคัญ โดยศึกษาลักษณะ สาเหตุของการเกิดโรค และการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก จึงเป็นวิธีการที่ดีกว่าการรักษาโรค จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคของประชากร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งการจัดการบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนนั้นก็คือจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ โดยทั่วไปในแต่ละหมู่บ้านมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

ซึ่งบทบาทของ อสม. นั้น ต้องเป็นผู้นำการดำเนินงาน พัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนใน หมู่บ้านหรือชุมชน อีกทั้งเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) จากการปฏิบัติงานของ อสม. อาจจะถูกเล็กน้อย แต่เป็นตัวขับเคลื่อนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนที่สามารถนำไปสู่การพัฒนา ด้านสุขภาพ และคุณภาพ ชีวิตของภาคประชาชนได้เป็นอย่างดี อสม. จะเป็นบุคคล สำคัญในชุมชนที่จะเป็นผู้ร่วมในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกในชุมชนให้ได้ผล คือ การกำจัดหรือลด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การทำลายยุงตัวเต็มวัย การลด การติดต่อจากยุงสู่คน เป็นหน้าที่โดยตรงในการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่การรับผิดชอบ

จากข้อมูลข้างต้น ได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้อง มีการป้องกันโรคไข้เลือดออก ความสำคัญต่อการลดจำนวน ผู้ป่วยและนำไปสู่การควบคุมโรคนี้ได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการศึกษาถึงสภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวาสันติอภัยเมือง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อที่จะนำ ผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ได้อย่างสอดคล้องกับสภาพของ ชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออก ในตำบลเขวาสันติอภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลด้าน อายุ อาชีพของอาสาสมัคร และศึกษาสภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวาสันติอภัยเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษาแบบสำรวจเชิงพรรณนา โดยกลุ่ม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสันติอภัยเมือง 13 หมู่บ้าน จำนวน 166 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการหาขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณตารางของ Krejcie & Morgan ได้ จำนวน 118 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือประธาน รองประธาน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ ชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสันติอภัยเมือง 8 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็น แบบตรวจสอบรายการ และแบบสอบถามการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เชิงชักถามเหตุผล และค้นหาคำตอบ ประเด็นในการ ตั้งคำถามได้จากวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ ประเด็น ปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีอะไรบ้าง และประเด็น ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนท่านต้องการให้ ปรับปรุงแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างไร ซึ่ง เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (x) ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ chi-square และเชิงคุณภาพ โดยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากแบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

ในส่วนของคุณสมบัติทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสันติอภัยเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 89 ชายร้อยละ 11 มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 30 - 40 ปี และ 51 - 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 16.1 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.6 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.1 และ ผลการศึกษาด้านสภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขวาสันติอภัยเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 118 คน ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ อสม.

ข้อความ	x	S.D.	แปลผล
1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่กำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านและชุมชน	4.47	0.91	มาก
2. ท่านคิดว่าทุกคนในชุมชนควรมีส่วนร่วม กันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน	4.77	0.51	มากที่สุด
3. ท่านคิดว่ามีความจำเป็นที่เราทุกคนจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์	4.59	0.69	มากที่สุด
4. ท่านคิดว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของหน่วยงานทางสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน	3.69	0.89	มาก
5. ท่านคิดว่าในชุมชนของท่านมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอย่างดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.16	0.97	มาก
6. ท่านคิดว่าการป้องกันโรคไม่ให้ประชาชนเป็นโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของหน่วย งานทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว	4.26	0.74	มาก
7. ท่านคิดว่าการกำจัดลูกน้ำยุงลายง่ายและได้ผลดีกว่าการกำจัดยุงตัวเต็มวัย	4.49	0.82	มาก
8. ท่านภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.31	0.71	มาก
9. ท่านคิดว่าการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นงานที่สามารถทำได้เป็นอย่างดี	4.25	0.75	มาก
10. ท่านคิดว่าถ้าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแล้วจะตระหนักถึงอันตรายที่ร้ายแรงของโรคนี้	4.35	0.86	มาก
11. ท่านคิดว่าการพ่นหมอกควันเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.71	0.97	มาก
12. ท่านคิดว่ากิจกรรมรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกควรทำอย่างต่อเนื่อง	3.85	0.94	มาก
13. ท่านมีส่วนร่วมในการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายในภาชนะใส่น้ำในบ้านเรือนหรือชุมชน	4.37	0.95	มาก
14. ท่านมีส่วนร่วมในการทำสะอาดและจัดเก็บสิ่งของบริเวณบ้านหรือชุมชนเพื่อไม่ให้เป็นที่อาศัยของยุงลาย	4.47	0.83	มาก
15. ท่านมีส่วนร่วมในการเลี้ยงปลาในลูกน้ำ การคว่ำ เมาหรือฝั ง ภาชนะที่มีน้ำขัง	4.55	0.73	มากที่สุด
16. ท่านมีส่วนร่วมในการชี้แจงหรือแนะนำวิธีการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแก่สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน	4.47	0.82	มาก
17. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอหรือค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน	4.28	0.92	มาก
18. ท่านมีส่วนร่วมในการแจ้งข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้กับชุมชน	4.29	0.73	มาก
19. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมหรือโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน	4.39	0.88	มาก
20. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลกิจกรรมหรือโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน	4.28	0.72	มาก
รวม	4.30	0.44	มาก

ผลวิเคราะห์แบบสอบถามสภาพการดำเนินงานด้านที่มีการป้องกันและควบคุมในระดับมากที่สุด คือ ท่านคิดว่าทุกคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ค่าเฉลี่ย 4.77 รองลงมาคือ ท่านคิดว่ามีความจำเป็นที่เราทุกคนจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ ค่าเฉลี่ย 4.59 ส่วนด้านที่มีการป้องกันและควบคุมในค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านคิดว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของหน่วยงานทางสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน ค่าเฉลี่ย 3.69 และโดยภาพรวมการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.30

ด้านการสนทนากลุ่มประเด็นปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้ให้ความคิดเห็นว่า

“ปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดจากการไม่ได้รณรงค์อย่างจริงจัง การให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน เพราะชาวบ้านทุกวันนี้เป็นห่วงเรื่องปากท้องมากกว่าเรื่องการเจ็บป่วย”

“นอกจากปัญหาเรื่องการไม่รู้หรือการไม่ใส่ใจโรคไข้เลือดออกแล้ว ปัญหาอีกด้านหนึ่ง คือ การไม่ได้ปลุกฝังให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจริงจัง ไม่ได้ทำให้รู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาของชุมชน และมีการแพร่ระบาดทำให้มีผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นได้”

สรุปประเด็นการสนทนากลุ่มปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้ดังนี้ ปัญหาของการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากคนในชุมชนไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรค หรือคิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน ทั้งที่มี อสม.

ออกรณรงค์ให้ความรู้หรือดำเนินการกำจัดลูกน้ำยุงลายแล้วก็ตาม เพราะคนในชุมชนยังมีภาระเรื่องการทำมาหากินมากกว่าห่วงภาวะสุขภาพ อีกทั้งการรณรงค์ของภาครัฐยังไม่เป็นผลเท่าที่ควร ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและไม่ได้ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องรีบทำการป้องกันแก้ไข

ส่วนการสนทนากลุ่มประเด็นในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชนต้องการให้ปรับปรุงแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ให้ความคิดเห็นว่า

“ทางราชการและชาวบ้านต้องมีความร่วมมือร่วมแรงกันในการที่จะป้องกันไข้เลือดออก เช่น การรณรงค์ควบคุมโรคไข้เลือดออก การใส่ทราย การใส่น้ำส้มสายชู เป็นต้น”

“การสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับคนในชุมชน ต้องสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนให้เกิดขึ้น ชี้ให้เห็นว่าปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญและสร้างจิตสำนึกของการป้องกันโรคนี้”

สรุปประเด็นการสนทนากลุ่มในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชนต้องการให้ปรับปรุงแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือการเน้นการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารอย่างเพียงพอ อีกทั้งการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค สร้างจิตสำนึก ชี้เห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาอย่างยั่งยืนของประชาชนและรณรงค์การป้องกันโรคนี้ให้มากขึ้น

ผลการศึกษาข้อมูลด้าน อายุ อาชีพ การศึกษา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 118 คน (แสดงในตารางที่ 2-4)

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอายุของ อสม. กับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก

อายุ	การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก			chi-square	ระดับนัยสำคัญ
	น้อย	มาก	รวม		
30 - 40 ปี	17	20	37	12.261*	0.002
41 - 50 ปี	21	23	44		
51 - 60 ปีขึ้นไป	5	32	37		
รวม	43	75	118		

* ระดับนัยสำคัญ 0.05

จะเห็นได้ว่า อายุของ อสม. มีความแตกต่างกับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี มากที่สุด

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างอาชีพของ อสม. กับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก

อาชีพ	การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก			chi-square	ระดับนัยสำคัญ
	น้อย	มาก	รวม		
เกษตรกรรม	29	60	89	2.777	0.249
รับจ้าง	4	6	10		
ค้าขาย	10	9	19		
รวม	43	75	118		

* ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการศึกษาของ อสม. กับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การศึกษา	การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก			chi-square	ระดับนัยสำคัญ
	น้อย	มาก	รวม		
ประถมศึกษา	20	48	68	3.453	0.178
มัธยมศึกษา	15	17	32		
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	8	10	18		
รวม	43	75	118		

* ระดับนัยสำคัญ 0.05

จะเห็นได้ว่าการศึกษาของ อสม. ไม่มีความแตกต่างกับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออก

อภิปรายผล

การดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวาสิมอุดม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อต้องการให้คนในชุมชนควรมีส่วนร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ($x = 4.77$) เพราะการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเป็นพื้นฐาน การวางแผนการแก้ไขการได้แสดงความคิดเห็นและสรุปปัญหาของชุมชนที่เกิดขึ้น จะได้ให้คนในชุมชนได้รู้ถึงบริบทชุมชนของตนเอง และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติจริงในชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์และความยั่งยืนขึ้นได้² ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ความรู้ความเข้าใจของการเกิดโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเนื่องจากความรู้ความเข้าใจจะทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาและให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหา และมีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมด้วย ในการดำเนินการในเชิงรุกที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก็เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาก็ได้ผลดีในระดับหนึ่ง ผลของการศึกษาค้นคว้าให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่เราทุกคนจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ ($x = 4.59$) เพราะการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเชิงรุกเป็นการตัดวงจรของโรคไข้เลือดออกได้ดี³ รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกลวิธีเชิงรุก โดยเน้นการปฏิบัติงานป้องกันโรคล่วงหน้า และการจัดการควบคุมโรคอย่างรวดเร็วแบบมีเครือข่าย ผลการศึกษาระยะแรกพบว่า การวัด การควบคุมไข้เลือดออกควรให้ความสำคัญต่อการกำจัดพาหะนำโรคเป็นสำคัญ⁴ ประเมินผลงาน

ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2542 จากการประเมินในเชิงเทคนิค การเบิกจ่าย ลำค่า ส่งผลให้การปฏิบัติงานได้ไม่ตรงตามกำหนด

ด้านอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างกับการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่าช่วงอายุ 41 - 50 ปี การดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากที่สุด แต่อายุและการศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มอายุที่มาก จะมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือมากกว่า เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนที่เข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตระหนักถึงความเจ็บป่วยเป็นปัญหาอย่างยิ่ง⁵ ของคนในครอบครัว อายุ มีผลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาล พบว่า อายุคือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดี คือการเน้นการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสารอย่างเพียงพอ อีกทั้งการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค สร้างจิตสำนึกให้มากขึ้น⁷ ความเชื่อด้านสุขภาพด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคจำเป็นต้องเกิดจากความรู้ โดยจะมีอิทธิพลสูงที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติทางสุขภาพ ฉะนั้น การที่บุคคลมีความรู้เรื่องสุขภาพ จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันส่งเสริมด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลเขวาสิมอุดม จังหวัดมหาสารคาม ที่สนับสนุนงบในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขวาสิมอุดม ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรพันธ์ แน่ประโคน. การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
2. ทวารัตน์ ชันดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี : กรณีศึกษา ตำบลท่าทราย. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
3. นิรุจน์ อุทธา และมานิต ธีระตันติกานนท์. รูปแบบการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกลวิธีเชิงรุก จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : เพ็ญพริ้นติ้ง; 2540.
4. อุทุมพร กำภู ณ อยุธยา และคณะ. การประเมินผลงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2542. สุราษฎร์ธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี; 2543.
5. อุดลย์ วรอนชาติ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ศึกษากรณี อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์บริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2545.
6. รัชนี้ พุดขุนทด และธำนิษฐ์ สุธีประเสริฐ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 25. ตุลาคม-ธันวาคม. 2545; 78-83.
7. กรมควบคุมโรคติดต่อ. โรคไข้เลือดออก. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

รายงานผู้ป่วย: มะเร็งเต้านมในเพศชาย

Male Breast Cancer : Case report

พานุวัฒน์ ชันธสะอาด*

Panuwat Khantasa-ard*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชาย อายุ 53 ปี มีประวัติคลำพบก้อนที่เต้านมขวา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ พบว่า เป็นมะเร็งรุกรานของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำนม (Invasive ductal carcinoma) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด right modified radical mastectomy และ hormone therapy ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2A (T2N0M0) แม้ว่ามะเร็งเต้านมในเพศชายจะเป็นโรคที่พบน้อยและมีข้อมูลจำกัด แต่แนวทางการรักษา พยากรณ์โรค และผลการรักษา เป็นเช่นเดียวกันกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านมเพศชาย.

Abstract

Breast cancer in male is rare and unusual .We report a case of 53 years old man with history of palpable right breast mass.Core needle biopsy reported invasive ductal carcinoma.Patient underwent right modified radical mastectomy and adjuvant hormonal therapy. The final staging is T2N0M0, stage IIA.The treatment guideline, prognosis and outcome are similar to breast cancer in female.

Keyword : male breast cancer.

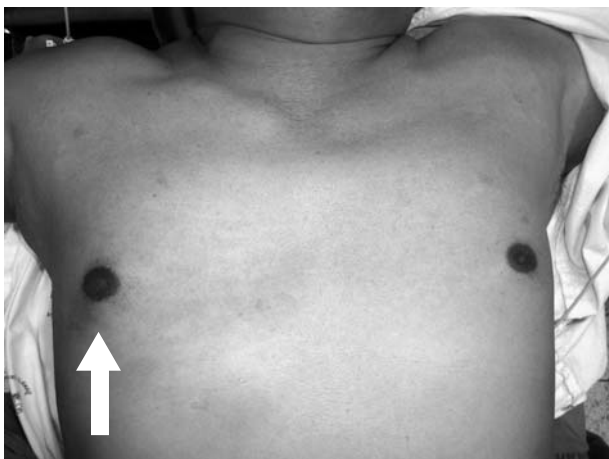
*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ

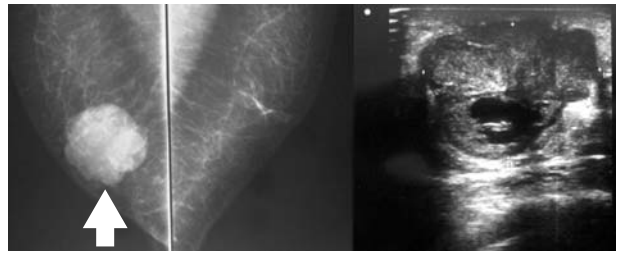
โรคมะเร็งเต้านมโดยทั่วไปเรามักจะคิดกันว่าเป็นโรคที่พบเฉพาะในผู้ป่วยหญิงเท่านั้น แต่ที่จริงแล้ว ผู้ชายก็เป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน มะเร็งเต้านมในเพศชาย (Male Breast Cancer) เป็นโรคที่พบได้น้อย โดยพบได้เพียง 0.8-1% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด^{1,2,4} หรืออุบัติการณ์ 1:100000 ประชากรต่อปี^{2,3} โรคนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้สูงอายุ ช่วงอายุประมาณ 65-71 ปี³ และมักจะมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ต่อการเกิดโรคนี้ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มักจะเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มากเกินไป (Estrogen excess) การพร่องฮอร์โมนแอนโดรเจน (Lack of Androgen)² หรือพันธุกรรม เช่น Family history of breast cancer, BRCA2/BRCA1 mutation, Klinefelter's syndrome, Liver disease/cirrhosis, previous testicular pathology, history of benign breast disease เป็นต้น^{2,4}

รายงานผู้ป่วย

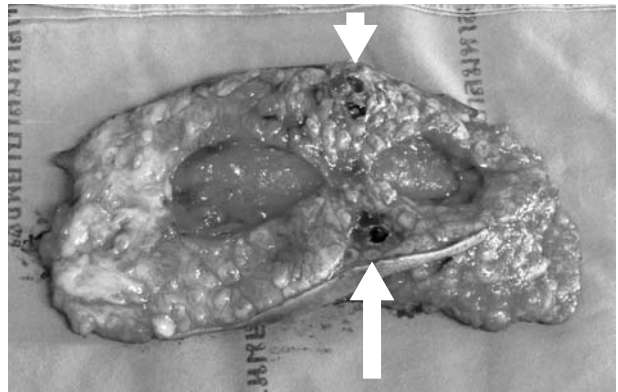
ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับราชการครู มีประวัติคลำพบก้อนที่บริเวณใต้หัวนมข้างขวามาประมาณ 5 เดือน ก้อนขนาดประมาณเท่านี้หัวแม่มือ ค่อยๆ โตขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีอาการปวด ไม่มีน้ำไหลออกจากหัวนม ไม่มีอาการผิดปกติอื่นใดอีก มีโรคประจำตัวเป็นโรคเกาต์ มีอาการปวดข้อนิ้วหัวแม่มือเมื่อดื่มสุรา รับประทานยาแก้ปวดตามอาการ เคยผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนที่ขาหนีบข้างขวาเมื่อ 5 ปีก่อน ดื่มสุราตาม



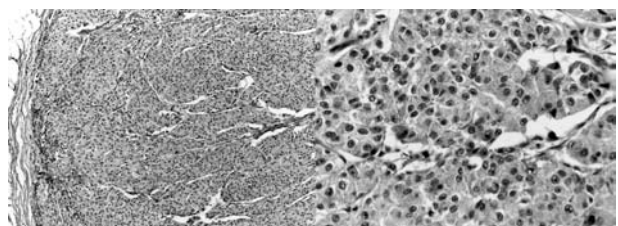
รูปที่ 1 ลักษณะเต้านมทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย ก่อนเนื้องอกอยู่ที่เต้านมข้างขวา ตำแหน่ง 6 นาฬิกา ได้ต่อหัวนม สังเกตว่าผิวของเต้านมบริเวณนี้จะนูนขึ้นผิดปกติ (bulging)



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของพยาธิสภาพจากการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งภาพ mammogram (ซ้าย) จะพบ lesion เป็น well defined multilobulated hyperdensity (ในรายนี้ไม่พบ microcalcification) ภาพ sonogram (ขวา) lesion เป็น irregular shape solid-cystic component



รูปที่ 3 Surgical specimen (Right breast) coronal section แสดงให้เห็นลักษณะภายในของ tumor ที่มีทั้งส่วนของ solid และ cystic (tumor size 3.7 cm)



รูปที่ 4 ภาพ histopathology ของ tumor ที่กำลังขยาย 40 เท่า (ซ้าย) จะพบลักษณะของ tumor cell ที่จัดเรียงกันเป็น sheet nest และส่วนน้อยเป็น tubular pattern ที่กำลังขยาย 10 เท่า (ขวา) สังเกต tumor cell จะมีลักษณะ pleomorphic vesicular nuclei, increased nucleus-cytoplasm ratio, prominent nucleoli ซึ่งเป็นลักษณะของ malignancy cell

โอกาสงานเลี้ยงสังสรรค์ ไม่ได้ดื่มประจำ ไม่สูบบุหรี่ ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ ไม่มีประวัติโรคมะเร็งใดๆในครอบครัว ตรวจร่างกายที่เต้านมข้างขวาและบริเวณใกล้เคียง (Right breast and axilla) พบ well defined multilobulated mass at subareolar area, 6 o'clock, size 4*2.5 cm, non tender, firm consistency, slightly movable, no nipple discharge nor skin retraction, palpable few axillary lymphnodes, size 0.5-1 cm, soft to firm consistency, non tender ตรวจ Mammography และ Ultrasonography ของเต้านมข้างขวา พบลักษณะ lesion เป็น irregular shape multiple lobulated solid isoechoic mass with cystic content inside and hypervascularization, BI-RADS 4c (Suspicious cancer) ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Fine Needle Aspiration for Cytopathology (FNAC) ที่ก้อน ผลเป็น atypical cell จึงได้ตรวจซ้ำด้วย Core Needle Biopsy พบว่าเป็น Invasive ductal carcinoma ผลการตรวจ Chest X-ray และ Ultrasonography of abdomen ไม่พบลักษณะของ distant metastasis ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Right Modified Radical Mastectomy (MRM) and axillary lymphnode dissection ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของ surgical specimen พบ Invasive ductal carcinoma grade II, tumor size 3.7 cm, no angiolymphatic invasion, free deep resected margin, no axillary lymphnode metastasis (0/13), positive Estrogen receptor (ER, positive 70%) and Progesterone receptor (PR, positive 95%) Final staging ของผู้ป่วย คือ T2N0M0 stage IIA5 ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ adjuvant hormonal therapy (Tamoxifen 20 mg/day) โดยวางแผนให้ผู้ป่วยได้ hormone therapy อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี และ surveillance mammography ปีละครั้ง^{3,5}

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติว่าเคยเป็นไส้เลื่อนที่ขาหนีบข้างขวาเมื่อ 5 ปีก่อน ประวัติของ testicular pathology และ inguinal herniorrhaphy อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งที่ทำให้เกิด breast cancer ในผู้ป่วยได้ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งเมื่ออายุได้ 53 ปี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มอายุของ male breast cancer โดยทั่วไป การเกิด gene mutation จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง การตรวจ Polymerase Chain Reaction (PCR) เพื่อหา BRCA2 / BRCA1 mutation นอกจากจะช่วยค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้ป่วย

แล้ว ยังมีประโยชน์ในการใช้เฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมกับบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย (ลูก / หลาน) ด้วย เนื่องจากพบว่า ประมาณ 35-45% ของการเกิดมะเร็งเต้านมภายในครอบครัวเดียวกัน (familial breast cancer) เกี่ยวข้องกับ BRCA2 mutation⁴ (BRCA1 mutation ก็มีบทบาทต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเช่นกัน แต่น้อยกว่า BRCA2 mutation)^{2,4}

ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านมในเพศชายจะพบได้น้อย แต่ลักษณะทางคลินิกพยาธิวิทยา การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคก็เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมในเพศหญิง^{1,2,3,4} ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยประวัติว่าคลำพบก้อนที่เต้านม^{1,3,4} ส่วนใหญ่ตำแหน่งของก้อนจะอยู่ที่บริเวณลานห้วนม (subareolar area) รองลงมาได้แก่บริเวณ upper outer quadrant^{1,2,4} มักจะไม่ค่อยมีอาการปวด² ในรายที่เป็นระยะลุกลามก็จะพบลักษณะเช่นเดียวกับในเพศหญิง (locally advanced/ distant metastasis)⁴ ภาพถ่าย mammography พบลักษณะ radiodense mass with speculated margins with or without microcalcifications⁴ ภาพ ultrasonography พบ hypoechoic lesion with irregular margins อาจพบเป็น solid-cystic mass หรือ complex cyst ได้เช่นกัน³ การตรวจเพื่อให้ได้ definite diagnosis เบื้องต้นอาจใช้วิธี FNAC ก่อน หากได้ผลไม่ชัดเจนควรทำ core needle biopsy หรือ open biopsy^{1,2,3,4} มะเร็งเต้านมเพศชายที่พบได้มากที่สุด คือ invasive ductal carcinoma (85%) รองลงมาได้แก่ ductal carcinoma in situ (5-15%) นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่าพบ lobular carcinoma in situ (LCIS), invasive lobular carcinoma, sarcoma และ metastatic cancer to breast แต่ก็พบได้น้อยมาก^{2,3} การ staging พิจารณาจากขนาดของ primary tumor (T) regional lymphnode (N) และ distant metastasis (M) ซึ่งอ้างอิงตามระบบของ American Joint Committee on Cancer (AJCC's TNM staging)⁵ โดยมะเร็งเต้านมทั้งในเพศชายและหญิงใช้ระบบเดียวกันในการ staging แนวทางการรักษามะเร็งเต้านมเพศชายส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับการรักษามะเร็งเต้านมในเพศหญิง การรักษาลึกได้แก่การผ่าตัด ซึ่งการทำ total mastectomy หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) ถือเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐานในมะเร็งเต้านมเพศชาย ในรายที่มี clinical palpable axillary lymphnode จะต้องได้รับการผ่าตัด axillary lymphnode dissection ส่วนการทำ sentinel lymphnode biopsy นั้น ควรเลือกใช้ในรายที่ clinical impalpable axillary lymphnode^{2,3,4}

สำหรับบทบาทของ Breast Conserving Surgery (BCS) ในมะเร็งเต้านมเพศชายยังเป็นที่ถกเถียงว่าเหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากเต้านมของผู้ชายมักมีขนาดเล็ก และ tumor มักจะอยู่ในตำแหน่งของ nipple และ subareolar area³

Adjuvant therapy ได้แก่ hormonal therapy, radiotherapy และ chemotherapy มะเร็งเต้านมเพศชายส่วนใหญ่จะ positive Estrogen และ Progesterone receptor^{2,3} การให้ Tamoxifen (estrogen receptor modulator) 20 mg/day เป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่าสามารถช่วยเพิ่ม survival rate ในผู้ป่วยได้ทั้งใน early และ advanced stage^{2,3} ส่วนบทบาทของ aromatase inhibitor ในการรักษามะเร็งเต้านมเพศชายนั้น ยังมีข้อมูลการศึกษาที่จำกัด³ ในส่วนของรังสีรักษา (radiotherapy) ข้อบ่งชี้ในการให้เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง เช่น T3/T4 lesion, > 4 positive axillary lymphnodes, positive or close margin, lymphovascular invasion เป็นต้น^{3,5} ข้อบ่งชี้ในการให้ยาเคมีบำบัดก็อิงตามการรักษาในมะเร็งเต้านมเพศหญิงเช่นเดียวกัน ได้แก่ locally advanced disease, negative hormone receptor, rapid progress, failed endocrine therapy^{3,5} โดยพิจารณาให้ในรูปของ multicycle combination ของ cyclophosphamide, metotrexate or doxorubicin และ 5-fluorouracil (CMF/CAF regimen)^{3,5} ยังไม่มีข้อมูลยืนยันถึงประสิทธิภาพของการใช้ taxane และ trastuzumab ในมะเร็งเต้านมเพศชาย³

พยากรณ์โรคของมะเร็งเต้านมเพศชาย พบว่า

คล้ายคลึงกับในมะเร็งเต้านมเพศหญิง³ ปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงการอยู่รอด (prognostic factor) ได้แก่ stage tumor size และ axillary lymphnode status⁴ พบว่า 5-year survival rate เป็น 94% ในผู้ป่วยที่มีขนาดของ tumor 0-10 mm และลดลงเหลือ 39% ในผู้ป่วยที่มีขนาดของ tumor > 51 mm (Guinee et al)⁴ 10-year survival rate เป็น 84% ในผู้ป่วยที่ histological negative node, 44% ในผู้ป่วยที่มี 1-3 positive node และ 14% ในผู้ป่วยที่ >= 4 positive node (Guinee et al)⁴ 5-year survival rate ในผู้ป่วย stage I 100%, stage II 83%, stage III 60% และ stage IV 25%²

สรุป

มะเร็งเต้านมเพศชายแม้ว่าจะเป็นโรคที่พบได้น้อย แต่ก็ควรจะต้องให้ความสำคัญ ในผู้ป่วยชายที่มีประวัติคลำพบก้อนที่เต้านมก็ต้องสงสัยว่าอาจจะเป็นมะเร็งเต้านมได้เสมอ ซึ่งการทำ needle biopsy จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ การผ่าตัด total mastectomy หรือ modified radical mastectomy เป็นการรักษาหลัก และต้องทำ axillary node dissection ในรายที่ positive lymphnode หลังการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ hormone receptor positive จะต้องให้ adjuvant hormonal therapy ด้วย tamoxifen เป็นระยะเวลา 5 ปี ข้อบ่งชี้ในการให้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัด เป็นเช่นเดียวกับมะเร็งเต้านมเพศหญิง พยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับ stage tumor size และ axillary lymphnode status

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ณิน จิตติพรรณกุล กลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้ให้คำปรึกษาและถ่ายภาพทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อประกอบการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. David J. Winchester. Male Breast Cancer. In : William L. Donegan, John S. Spratt, editors. Cancer of the breast. 5th ed. St.Louis : Elsevier Science Saunders; 2002. p. 951-6.
2. Kari B. Wisinski, William J. Gradishar. Male Breast Cancer. In : Jay R. Harris et al, editors. Disease of the breast. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 775-9.
3. Mahmoud El-Tamer, Benjamin Pocock. Male Breast Cancer. In : Henry Mark Kuerer, editor. Kuerer's breast surgical oncology. McGraw-Hill companies; 2010. p. 237-41.
4. William L. donegan, Philip N. Redlish. Male Breast Cancer. In : Breast Cancer. 2nd ed. Ontario : Bc Decker Inc; 2006. p. 497-507.
5. NCCN guidelines Ver. 3.2013 Breast Cancer. Available from : เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2556 URL : <http://www.nccn.com>.

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรต และสารอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต

Knowledge and Attitudes Regarding Food Consumption based on Carbohydrate Counting and Nutrient Intakes of Type 2 Diabetic Patients Receiving Carbohydrate Counting Counseling

รติรัตน์ กสิกุล¹, เบญจา มุกตพันธุ์²
Ratirat Kasikun¹, Benja Muktabhant²

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมหาสารคามได้นำเทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรตมาใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยด้านการบริโภคอาหารที่คลินิกเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับเทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรต สารอาหารที่ได้รับ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 127 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการนับคาร์โบไฮเดรต ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ และการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้โดยใช้ Kuder-Richardson 20 ได้ค่า 0.72 และแบบสัมภาษณ์ทัศนคติโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า 0.70 วิเคราะห์สารอาหารที่ได้รับด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2555

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 อายุเฉลี่ย 49.9 ปี (SD=6.0) ร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25.0 kg/m²) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ระดับสูง มีคะแนนทัศนคติระดับปานกลางโดยพบ ร้อยละ 78 และ 97 ตามลำดับ ในด้านความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียว ปลา และผักทุกวัน ร้อยละ 95.3, 78.7 และ 67.7 ตามลำดับ บริโภคผลไม้ที่มีน้ำตาลสูงทุกวัน ร้อยละ 59.8 และบริโภคอาหารประเภทผัดทุกวัน ร้อยละ 56.7 พลังงานและโปรตีนที่ได้รับต่อวัน ร้อยละ 70.9 และ 117.9 ของ RDA ตามลำดับ โดยสัดส่วนพลังงานที่ได้รับมาจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน คิดเป็นร้อยละ 57.1, 20.0 และ 22.9 ของพลังงานทั้งหมดตามลำดับ โดยสรุปการที่ได้รับคำปรึกษาการนับคาร์โบไฮเดรตทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มี

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์ ภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความรู้ในระดับสูง แต่ทัศนคติในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและน้ำมันสูงยังเป็นปัญหา ดังนั้นต้องให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและเฉพาะเจาะจงชนิดอาหารที่ยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติ

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, การได้รับสารอาหาร, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การนับคาร์โบไฮเดรต.

Abstract

Mahasarakham Hospital uses carbohydrate counting in the nutritional counselling of diabetic patients. The purpose of this study was to evaluate knowledge and attitudes regarding food consumption based on carbohydrate counting, dietary intake and the nutritional status of type 2 diabetic patients, who had received of carbohydrate counting counselling in the diabetes clinic at Mahasarakham Hospital. The study used a cross-sectional descriptive research design, and the subjects were 127 type 2 diabetic patients attending the diabetes clinic. A validated questionnaire was used to collect information about knowledge and attitudes regarding carbohydrate counting. The internal consistency of the knowledge items was determined using the Kuder-Richardson Formula 20 and found to be 0.72. Cronbach's alpha coefficient was used for the attitude items and found to be 0.70. A food frequency questionnaire and a 24-hour dietary recall were used to collect information about food consumption. Body mass indices were extracted from hospital data. The nutrient intake was analysed using the INMUCAL-N version 2 program.

The results showed that 66.1% of the subjects were females and that the mean age was 49.9 years (SD=6.0). Just over half of the subjects (52%) were classified as obese (BMI ≥ 25 kg/m²). Seventy eight percent of the subjects had a high level of knowledge, and 97% had at least moderately positive attitudes. The food frequency data revealed that most subjects reported the daily consumption of sticky rice (95.3%), fish (78.7%), vegetables (67.7%), high sugar fruits (59.8%) and fried food (56.7%). The median energy and protein intakes were 70.9% and 117.9%, respectively, of the Thai recommended daily allowance (RDA). The energy distributions from carbohydrate, protein and fat were 57.1%, 20.0% and 22.9%, respectively. In conclusion, the knowledge scores of the diabetic patients who received carbohydrate counting counselling were at a high level, but attitudes towards carbohydrate counting were only moderately positive. The consumption of foods which are high in sugar and oil is a problem. While ongoing counselling is recommended, greater emphasis needs to be placed on specific types of food.

Keywords : knowledge, attitude, nutrients intake, type 2 diabetic, carbohydrate counting counselling.

บทนำ

เทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีการการให้ความรู้ทางโภชนาการวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนการบริโภคอาหาร มีการนำเทคนิคนี้มาใช้ในการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมน้ำหนัก การนับคาร์โบไฮเดรตนอกจากจะช่วยให้อาหารของผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นแล้ว ยังช่วยให้แผนการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานสะดวก ง่าย และคล่องตัว ไม่เข้มงวดจนเกินไป จากผลการประเมินข้อเสนอแนะตามการนับคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตทำให้เข้าใจหมวดอาหารมากขึ้น สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อิสระมากขึ้น² ในปัจจุบันวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต เป็นที่นิยมมากขึ้นเรื่อยๆ

สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคามมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกเบาหวาน ปี 2553 จำนวน 2,719 คน³ และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า การให้คำแนะนำด้านโภชนาการมีส่วนสำคัญในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม นักโภชนาการได้นำเทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรตมาใช้ประโยชน์ในการให้คำปรึกษาด้านการบริโภคอาหารเป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2554 การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และทัศนคติการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรต และสารอาหารที่ได้รับของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตใน

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับคำปรึกษาวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 127 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความรู้และทัศนคติด้านการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรต แบบสัมภาษณ์ความถี่การบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ดัชนีมวลกายนำข้อมูลมาจากเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE542318 ลงวันที่ 23 มกราคม 2555

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.1 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49.9 ปี (SD=6.0) การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,483.5 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน เฉลี่ย 6.1 ปี (SD=3.5) มีภาวะอ้วนถึงอ้วนอันตราย ร้อยละ 51.1 และจำนวนครั้งที่ได้รับคำปรึกษาการนับคาร์โบไฮเดรตในรอบ 1 ปี เฉลี่ย 2.4 ครั้ง (SD=0.5) ดังแสดงในตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 ระดับความรู้และระดับคะแนนทัศนคติด้านการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตของกลุ่มตัวอย่าง (n=127)

ระดับ	ความรู้		ทัศนคติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	99	78.0	4	3.2
ปานกลาง	23	18.1	123	96.8
ต่ำ	5	3.9	-	-
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	11.9 (2.1)		2.1(0.1)	

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตอบถูก รายข้อ (n=127)

ข้อความรู้	จำนวน	ร้อยละ
1. กลุ่มอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต	102	80.1
2. อาหารที่จัดอยู่ในหมวดข้าว/แป้ง/น้ำตาล	123	96.9
3. ชนิดผักที่ให้พลังงานน้อยรับประทานได้ไม่จำกัด ไม่ต้องนับ จำนวนคาร์โบไฮเดรต	103	81.1
4. ผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลมาก	126	99.2
5. เครื่องดื่มที่ไม่ให้พลังงาน ไม่ต้องนับจำนวนคาร์โบไฮเดรต	115	90.6
6. นมและผลิตภัณฑ์นมที่มีน้ำตาลน้อย และมีไขมันต่ำ	108	85.0
7. อาหารเมื่อรับประทานไม่ต้องนับจำนวนคาร์โบไฮเดรต	101	79.5
8. อาหารที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นได้เร็ว	118	92.9
9. อาหารที่อยู่ในหมวดเดียวกัน และสามารถแลกเปลี่ยนกันได้	109	85.8
10. ผลไม้ที่รับประทานแล้ว ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น	96	75.6
11. อาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	118	92.9
12. อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานได้ไม่จำกัด	115	90.6
13. ความหมายการนับคาร์โบไฮเดรต	74	58.3
14. หลักการปฏิบัติการนับคาร์โบไฮเดรต	101	79.5

ตารางที่ 3 ทศนคติด้านการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกรายข้อ (n=127)

ทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. การนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	0 (0.0)	12 (9.4)	115 (90.6)
2. วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตผู้ป่วยเบาหวานจะต้องงดการกินน้ำตาลทุกชนิดโดยเด็ดขาด	83 (65.3)	34 (26.8)	10 (7.9)
3. วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับจำนวนการกินได้ตามกิจกรรมประจำวันที่ทำ	2 (1.6)	21 (16.5)	104 (81.9)
4. ผู้ป่วยเบาหวานกินข้าวเหนียวกับมะขามหวานได้ไม่จำกัดโดยไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น	111 (87.4)	13 (10.2)	3 (2.4)
5. การนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้ท่านเรียนรู้ปริมาณการกินที่เหมาะสมกับตัวท่านได้มากขึ้น	1 (0.8)	14 (11.0)	112 (88.2)
6. แก้วมังกร และแตงโม เป็นผลไม้ที่มีรสชาติไม่หวานมาก ผู้ป่วยเบาหวานกินได้โดยไม่ต้องจำกัด	108 (85.0)	15 (11.8)	4 (3.2)
7. การนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้ท่านควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น	2 (1.6)	23 (18.1)	102 (80.3)
8. ถ้ามือไหนไม่รู้สึกลึกหิว ท่านสามารถงดอาหารมือนั้นได้ ไม่จำเป็นต้องกินอาหารตรงเวลาและครบทุกมื้อ	88 (69.3)	22 (17.3)	17 (13.4)

ตารางที่ 4 ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=127)

ประเภทอาหาร	ความถี่การบริโภค จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	ไม่ บริโภค
หมวดข้าว แป้ง					
ข้าวเหนียว	121 (95.3)	-	4 (3.2)	1 (0.8)	1 (0.8)
ข้าวเจ้า (ขัดขาว)	62 (48.8)	-	18 (14.2)	44 (34.7)	3 (2.4)
ข้าวกล้อง	8 (6.3)	-	-	17 (13.4)	102 (80.3)
อาหารประเภทเส้น					
เช่น ขนมจีน/เส้นก๋วยเตี๋ยว/เส้นก๋วยจั๊บ/วุ้นเส้น	14 (11.0)	-	25 (19.7)	86 (67.7)	2 (1.6)
ขนมปัง	8 (6.3)	-	9 (7.1)	79 (62.2)	31 (24.4)
ข้าวโพด/เผือก/มัน	9 (7.1)	-	19 (15.0)	75 (59.1)	24 (18.9)
หมวดผัก					
ผักประเภทหัวแบ่ง					
เช่น ฟักทอง กระบี่ ถั่วฝักยาว มะละกอดิบ	86 (67.7)	15 (11.8)	18 (14.2)	8 (6.3)	-
ผักประเภทใบให้พลังงานน้อย					
เช่น แตงกวา ผักกาดขาว	85 (66.9)	15 (11.8)	17 (13.4)	5 (3.9)	5 (3.9)
หมวดผลไม้					
ผลไม้ที่มีน้ำตาลน้อย					
เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล พุทรา ชมพู	57 (44.9)	5 (3.9)	11 (8.7)	49 (38.6)	5 (3.9)
ผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง					
เช่น กล้วย สับปะรด มะละกอสุก มะขาม	76 (59.8)	6 (4.7)	27 (21.3)	17 (13.4)	1 (0.8)
นมและผลิตภัณฑ์					
นมเปรี้ยว	8 (6.3)	-	6 (4.7)	62 (48.8)	51 (40.2)
นมสด	1 (0.8)	-	-	40 (31.5)	86 (67.7)
โยเกิร์ต	-	-	-	8 (6.3)	119 (93.7)
นมปรุงแต่งรสต่างๆ	7 (5.5)	-	1 (0.8)	26 (20.5)	93 (73.2)
หมวดเนื้อสัตว์/ถั่วเมล็ดแห้ง					
เนื้อหมู/เนื้อวัว	88 (69.3)	2 (1.6)	11 (8.7)	25 (19.7)	1 (0.8)
เนื้อไก่/เป็ด	89 (70.1)	1 (0.8)	17 (13.4)	18 (14.2)	2 (1.6)
เนื้อปลา	100 (78.7)	1 (0.8)	17 (13.4)	8 (6.3)	1 (0.8)
ไข่	33 (26.0)	1 (0.8)	26 (20.5)	63 (49.6)	4 (3.2)
ทะเล (ปู/กุ้ง/หอย)	1 (0.8)	2 (1.6)	37 (29.1)	60 (47.2)	27 (21.3)
ถั่วเมล็ดแห้ง/เต้าหู้	5 (3.9)	-	4 (3.2)	73 (57.5)	45 (35.4)
หมวดน้ำมัน					
อาหารผัด	72 (56.7)	-	8 (6.3)	43 (33.9)	4 (3.2)
อาหารทอด	15 (11.8)	1 (0.8)	20 (15.8)	87 (68.5)	4 (3.2)
อาหารที่มีกะทิ	3 (2.4)	-	14 (11.0)	84 (66.1)	26 (20.5)

ตารางที่ 4 ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=127) (ต่อ)

ประเภทอาหาร	ความถี่การบริโภค จำนวน (ร้อยละ)				
	ทุกวัน	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	ไม่ บริโภค
เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล					
กาแฟ/ชา/ไอวอลติน	16 (12.6)	1 (0.8)	3 (2.4)	46 (36.2)	61 (48.0)
น้ำผลไม้	-	-	-	17 (13.4)	110 (86.6)
น้ำสมุนไพร	1 (0.8)	-	-	16 (12.6)	110 (86.6)
เครื่องดื่มชูกำลัง	-	-	1 (0.8)	18 (14.2)	108 (85.0)
น้ำอัดลม/น้ำหวาน	2 (1.6)	-	2 (1.6)	50 (39.4)	73 (57.5)
นมถั่วเหลือง/น้ำเต้าหู้	4 (3.2)	-	4 (3.2)	66 (52.0)	53 (41.7)
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
วิสกี้/เหล้าขาว	1 (0.8)	1 (0.8)	-	5 (3.9)	120 (94.5)
เบียร์/ไวน์	5 (3.9)	-	-	17 (13.4)	105 (82.7)
ขนมหวานและขนมกรุบกรอบ					
ขนมหวานต่างๆ เช่น วุ้นกะทิ	6 (4.7)	-	3 (2.4)	73 (57.5)	45 (35.4)
ขนมอบต่างๆ เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท	1 (0.8)	-	2 (1.6)	29 (22.8)	95 (74.8)
ขนมกรุบกรอบบรรจุซองต่างๆ	-	-	1 (0.8)	38 (29.9)	88 (69.3)

ตารางที่ 5 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับใน 1 วัน ของกลุ่มตัวอย่าง (n=127)

พลังงาน/สารอาหาร	ปริมาณที่ได้รับ Median (Q1,Q3) 95%CI	ร้อยละ RDA Median (Q1,Q3)	ร้อยละของพลังงาน ที่ได้รับทั้งหมด x (SD) 95%CI
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	1273.4 (1084.4-1481.7) 1247.2-1345.5	70.9 (59.3-81.2)	-
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	179.8 (156.6-201.3) 174.2-186.1	-	57.1 (10.3) 55.3-58.9
โปรตีน (กรัม)	62.9 (52.0-76.9) 61.2-68.0	117.9 (97.8-144.0)	20.0 (4.2) 19.2-20.7
ไขมัน (กรัม)	33.2 (17.4-47.0) 31.2-38.0	- -	22.9 (9.4) 21.3-24.6

*RDA; Recommended Dietary Allowances หมายถึง ปริมาณความต้องการสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันของคนไทย

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามรายข้อความรู้ พบว่า แม้ว่าส่วนใหญ่ตอบถูกแต่ยังมีบางข้อความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง โดยมีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งที่ยังไม่ชัดเจนในความหมายของการนับคาร์โบไฮเดรตและมีกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่ที่ไม่ชัดเจนเรื่องหลักการปฏิบัติการนับคาร์โบไฮเดรตและผลไม่ได้รับประทานแล้วไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับความถี่ในการบริโภคผลไม้ที่มีน้ำตาลสูงทุกวันถึง ร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติด้านการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรตอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมาพบนักโภชนาการไม่บ่อยตามการนัดของแพทย์ที่นัด 2-3 เดือนต่อครั้ง ซึ่งโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างได้รับคำปรึกษาการนับคาร์โบไฮเดรตในรอบ 1 ปี เพียง 2-3 ครั้ง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย ว่าวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้เรียนรู้ปริมาณการกินที่เหมาะสมมากขึ้น และวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับจำนวนการกินได้ตามกิจกรรมประจำวันที่ทำ การใช้วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตในผู้ป่วยเบาหวาน² พบว่าการบริโภคอาหารตามวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตง่ายกว่าการใช้อาหารแลกเปลี่ยนแบบเดิม³ แม้ว่าการทำความเข้าใจในวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตเป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกชนิดอาหารที่หลากหลายมากขึ้น มีความเข้าใจในหมวดอาหารนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางคนมีทัศนคติว่าถ้าไม่หิวไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารตรงเวลาและครบทุกมื้อ กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่ไม่แน่ใจในทัศนคติที่ว่าวิธีการนับคาร์โบไฮเดรตผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นจะต้องงดการกินน้ำตาลทุกชนิดโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม ที่คิดว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องงดการกินน้ำตาลทุกชนิด ทัศนคติดังกล่าวอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะเครียดจากการควบคุมอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับการกินน้ำตาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสอดคล้องกับความถี่ของการบริโภคขนมหวาน ต่างๆ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.5

ถึงแม้วิธีการนับคาร์โบไฮเดรตจะมีความยืดหยุ่น สามารถเลือกอาหารได้หลากหลาย แต่การบริโภคควรอยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งสมาคมเบาหวานสหรัฐอเมริกาแนะนำให้กินน้ำตาลได้ แต่ต้องจำกัดไว้ที่ ร้อยละ 5-10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดในหนึ่งวัน และต้องรวมอยู่ในปริมาณอาหารคาร์โบไฮเดรต⁴ ซึ่งอาจส่งผลให้การปฏิบัติตัวไม่ดี อาจต้องมีการปรับทัศนคติให้มีการส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้อง⁵ การควบคุมอาหารด้วยการใช้คู่มือการนับคาร์โบไฮเดรต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 98 มีความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้และมีความพึงพอใจ ร้อยละ 100 เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจ ร้อยละ 100 และสามารถให้คำแนะนำการควบคุมอาหารแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรงและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีสื่อการสอนที่เหมาะสม เช่น คู่มือการควบคุมอาหารด้วยการนับคาร์โบไฮเดรต ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวทุกวัน ร้อยละ 95.3 เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่รับประทานข้าวกล้อง ร้อยละ 80.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนอีสานรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ร้อยละ 97.1 รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่รับประทานมะม่วงและปลา ทุกวัน ซึ่งเป็นการปฏิบัติด้านบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 รับประทานผลไม้รสหวานทุกวัน และรับประทานอาหารผัดทุกวัน ซึ่งเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ดังนั้นต้องแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้ลดความถี่การรับประทานอาหารประเภทนี้ลง

ปริมาณพลังงานที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.9 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน ปริมาณโปรตีนที่ได้รับ ร้อยละ 117.9 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน สัดส่วนการกระจายพลังงานโดยเฉลี่ยของสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน คิดเป็นร้อยละ 57.1, 20.0 และ 22.9 ตามลำดับ⁶ พลังงานที่ได้รับของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 67.3 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน โปรตีนที่ได้รับคิดเป็นร้อยละ 98.9 ของปริมาณที่ควรได้รับต่อวัน สัดส่วนของการกระจายพลังงาน อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด⁶ จากสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน

และไขมัน คือ 50-55, 15-20, 30-35 การได้รับพลังงานจากการบริโภคอาหารน้อยกว่าปริมาณแนะนำที่ควรได้รับ แต่เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการกลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน และอ้วนอันตราย⁹ ซึ่งพบทำนองเดียวกันว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงานน้อยกว่าปริมาณที่ควรได้รับ แต่มีภาวะอ้วน อาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วนมาก่อน และบางรายมีการใช้พลังงานน้อยออกกำลังกายไม่เพียงพอ หรืออาจจะมองในแง่ของการกำหนดเกณฑ์ RDA อาจจะสูงเกินไปหรือไม่

สรุป

ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามการนับคาร์โบไฮเดรต อยู่ในระดับสูง ทัศนคติ

ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับคะแนนปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับประทานข้าวเหนียว ผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง อาหารผัดทุกวัน มีสัดส่วนการกระจายพลังงานโดยเฉลี่ยของสารอาหารที่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้เทคนิคการนับคาร์โบไฮเดรต ที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลมหาสารคาม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น แต่ควรเพิ่มจำนวนครั้งของการได้รับคำปรึกษากับนักโภชนาการอย่างต่อเนื่อง และควรเน้นรายละเอียดของชนิดอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง และควรปรับทัศนคติให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการควบคุมอาหาร และเพิ่มข้อแนะนำที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ที่สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ขอขอบคุณภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ และแล่งกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Lopes Souto D, Lopes- Rosado E. Use of carb counting in the dietary treatment of diabetes mellitus. Nutr Hosp. 25(1) : 2010. p. 18-25.
2. Martins MR, Ambrosio AC, Nery M, Aquino RD, Queiroz MS. Assessment guidance of carbohydrate counting method in patients with type 2 diabetes mellitus. Prim Care Diabetes. 2013 May 20. doi : pii : S1751-9918(13)00050-8. 10.1016/j.pcd.2013.04.009. [Epub ahead of print] PubMed PMID : 23702239.
3. โรงพยาบาลมหาสารคาม. รายงานสถิติกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบบ่อย. มหาสารคาม : หน่วยงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2553.
4. Johnson MA. Carbohydrate Counting for People With Type 2 Diabetes. Diabetes Spectrum 2000; 13 (3) : 149.
5. ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. โภชนบำบัดสำหรับเบาหวาน. ใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, สมาคมนักกำหนดอาหาร. หลักสูตรพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : [ม.ป.พ.]. 2553; p.71-110.
6. มงคลหญิง สุวรรณโคตร, อรสา กงตาล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลศิลา โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 4(3) : 47-54; 2555.
7. มยุรา อินทรบุตร, เบญจา มุกตพันธุ์. การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร. 22 : 2550; p.283-90.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
9. จันทนา แสงเพชร. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานบริการแบบเบ็ดเสร็จโรงพยาบาลขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน] ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.

สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ ของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุในเขตพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

Environment of Accommodation Affecting the Elderly Accidents in Nongong Subdistrict, Banfang District, Khonkaen Province.

วรชาติ พรณะ¹, กาญจนา นาทะพินธุ²
Worachat Phanna¹, Ganjana Nathapindhu²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย ภายในตัวบ้าน และบริเวณรอบๆ ตัวบ้าน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความสัมพันธ์โดย สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ หลายปัจจัยด้วยสถิติทดสอบ Multiple logistic regression กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี คือ การวางสิ่งกีดขวาง วางเกะกะ กีดขวางทางเดินเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 8.06 เท่า ของบ้านที่มีการจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบไม่เกะกะกีดขวางทางเดิน (95%CI = 2.99-21.71) ลักษณะพื้นภายในตัวบ้านที่มีความต่างระดับกัน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 4.11 เท่า ของบ้านที่ลักษณะพื้นภายในตัวบ้านเรียบเสมอกัน (95%CI = 1.53-11.05) และผู้สูงอายุที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 8.83 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุ (95%CI = 1.65-47.15)

กลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป คือผู้สูงอายุที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 74.46 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุ (95%CI = 4.13-1341.01) ลักษณะของที่พักอาศัยที่เป็นบ้าน 2 ชั้น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 7.35 เท่าของที่พักอาศัยที่เป็นบ้านชั้นเดียว (95%CI = 1.29-41.86) ลักษณะพื้นบริเวณที่ประกอบอาหารที่ต่างระดับกัน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็น 9.09 เท่าของพื้นบริเวณที่ประกอบอาหารเรียบเสมอกัน (95%CI = 0.02-0.70) บ้านของผู้สูงอายุที่มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณบ้าน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 17.13 เท่า ของบ้านที่ไม่มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณบ้าน (95%CI = 2.63-111.49) และบริเวณหน้าบ้านที่มีทางเดินลาดชัน เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เป็น 29.50 เท่า ของบ้านที่บริเวณหน้าบ้านไม่มีทางเดินลาดชัน (95%CI = 4.38-198.68)

คำสำคัญ : ที่พักอาศัย, การเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ.

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

This cross-sectional analytical study was aimed to investigate the environment of accommodation affecting the elder accidents by divided group of elder from 60 years old above in NonKhong district, Ban Phang Khon Kaen province. The data will be collected by using the interview form and survey the environment around the accommodation from February to March 2013. The data were analyzed by the descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, used the Chi-square test and the Fisher's exact test to analyzing the relation factor and the multiple logistic regression for the correlation analysis.

The sample groups which are divided from 199 persons into three groups: 60-69 years old, 70-79 years old, and above 80 years old. The results showed that during three months of the study,

The analysis of the relative between factors with the elder accidents were divided into two main groups: 60-69 years old, and 70-79 years old. The results were concluded as the follows The analysis of the relative of the elder from 60-69 years old was from the unorganized stuffs in their residence which caused the accident happens to 8.06 times of the residence that well organized their stuffs (95%CI = 2.99-21.71) The different area levels in residence caused the accidents to 4.11 times of the flat area level (95%CI = 1.53-11.05) and the elder that got the accidents before will get the accidents again to 8.83 times of the elder that never been got the accident (95%CI = 1.65-47.15) 2. The analysis of the relative of the elder from above 70 years old. The elder that got the accidents before will get the accidents again to 74.46 times of the elder that never been got the accident(95%CI = 4.13-1341.01) The two floors residence caused the accident to 7.35 times of the single floor residence (95%CI = 1.29-41.86) The different levels in kitchen area caused the accident to 9.09 times of the flat level in kitchen area (95%CI = 0.02-0.70) The residence that has pet also caused the accident to 17.13 times of the residence that has no pet (95%CI = 2.63-111.49) and the steep front yard caused the accident to 29.50 times of the front yard that has no steep (95%CI = 4.38-198.68).

Keywords : residential, accommodation, affecting accidents, elderly group.

บทนำ

ปัจจุบันมีแนวโน้มที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2573 แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ จึงเป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีการเตรียมการด้านต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลด้านสุขภาพและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ ความเสื่อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวช้าลง กระดูกบางหักง่าย การมองเห็นไม่ชัด ฯลฯ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ความเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัว ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น และผลที่เกิดตามมาหลังจากเกิดอุบัติเหตุ พบว่า เกิดโรคแทรกซ้อน บาดแผลหายช้า และยังพบว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันจากอายุของร่างกายและการเสื่อมตามวัย โดยแบ่งได้เป็น 3 ช่วงอายุที่ความแตกต่างกัน^๑ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้เวลากับการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้าน ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุขณะอยู่ลำพัง จากการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การไม่มีธรณีประตูในบ้าน ขอบบันไดมีสีเดียวกันกับขั้นบันได ความสูงและความกว้างของบันไดไม่เหมาะสม เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่แวดล้อมผู้สูงอายุลักษณะของพื้นบ้าน อุปกรณ์เครื่องใช้ที่ชำรุด ใถ่ส่วม สภาพพื้นที่ในห้องน้ำ สิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างภายในตัวบ้าน ลักษณะพื้นที่บริเวณรอบๆ ตัวบ้าน และความลาดชันของทางเดินหน้าบ้าน^๒

อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 7 ตำบล มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 6,209 คน ตำบลโนนฆ้อง มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 882 คน คิดเป็นร้อยละ 14.21 จากประชากรสูงอายุในเขตอำเภอบ้านฝาง รายงานข้อมูลการเจ็บป่วย พบผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุที่บ้าน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 58 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 ของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุตำบลโนนฆ้อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุใน

เขตพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุในพื้นที่ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในเขตตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 884 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2555 ถึง 31 ธันวาคม 2555 คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีตัวแปรอิสระเป็นข้อมูลทวินาม และมีตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัวแปรในตัวแบบ (Multivariable Logistic Regression) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Chi-squared test หรือใช้ Fisher-exact test กรณีไม่ผ่านข้อตกลงของ Chi-squared test และ Multivariate analysis ใช้สถิติ Multiple Logistic regression คำนวณค่า Odd ratio (OR) และช่วงเชื่อมั่นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ของ Odd ratio และการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการวิจัย พบผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.27 ส่วนใหญ่พักอาศัยกับบุตรหลาน ขณะอยู่บ้านมีหน้าที่ที่ต้องทำ ร้อยละ 69.34 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 79.31 ต่างจากผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ส่วนใหญ่เมื่ออยู่ที่บ้านไม่มีหน้าที่ที่ต้องทำ ร้อยละ 96.00 ส่วนใหญ่เลี้ยงหลาน รองลงมา คือ เกษตรกรรม มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.79 พบว่าอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวสูง ร้อยละ 92.00 และกลุ่ม 70-79 ปี ร้อยละ 58.62 โรคประจำตัวที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.13 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน เมื่อการเจ็บป่วยมีผู้ดูแล ร้อยละ 98.49 โดยมีบุตรหลานดูแล ร้อยละ 43.75 ที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 22.11 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ปัญหาการได้ยินที่พบ คือ หูอื้อ/หูไม่ได้ยินเป็นครั้งคราว ร้อยละ 70.45 รองลงมาคือ หูตึง มีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 47.24 ในกลุ่มอายุ 80

ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.00 ปัญหาการมองเห็น คือตามัว/มองไม่ชัด ร้อยละ 68.09 รองลงมาคือสายตาวาว ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 44.72 คือ การเดิน ร้อยละ 62.92 รองลงมาคือการลุก ร้อยละ 33.71 ผู้สูงอายุเคยเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 88.44 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นล้ม/หกล้ม ร้อยละ 50.53 รองลงมา ขนวัตถุสิ่งของ บริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุดคือ ห้องน้ำ ร้อยละ 24.86 รองลงมาคือ ทางเดินในบ้านในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเกิดอุบัติเหตุบริเวณห้องน้ำสูงกว่ากลุ่มอื่น ร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุในช่วงเวลาเช้าร้อยละ 35.69 รองลงมาคือ กลางวัน

สิ่งแวดล้อมภายในตัวบ้าน เป็นบ้าน 2 ชั้น ครึ่งอิฐครึ่งไม้ ร้อยละ 43.22 พื้นในบ้านเป็นพื้นกระเบื้องเรียบเสมอกัน ร้อยละ 36.18 แสงสว่างภายในมีไม่เพียงพอ ร้อยละ 45.73 มีการวางสิ่งกีดขวางเกะกะทางเดิน ร้อยละ 61.81 ไม่มีขอบธรณีประตู ร้อยละ 55.78 ประตูหน้าต่างในบ้านใช้งานได้ดี ร้อยละ 55.78 มีบันไดในบ้าน ร้อยละ 69.35 บันไดทำด้วยไม้ ร้อยละ 74.66 พื้นบันไดลื่น ร้อยละ 32.19 บันไดชำรุด ร้อยละ 12.33 มีราวบันไดร้อยละ 95.24 และมีสิ่งของวางไว้ตามขั้นบันได ร้อยละ 19.73 ห้องอาบน้ำและห้องส้วมอยู่ในห้องเดียวกันไม่มีการแยกพื้นที่ ร้อยละ

67.84 ภาชนะที่ใช้ในการอาบน้ำเป็นอ่างปูนก่อสำเร็จ ร้อยละ 50.25 มีการวางสิ่งของเกะกะในห้องน้ำ ร้อยละ 43.72 โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ 90.45 พื้นในห้องน้ำลื่น ร้อยละ 27.14 ภายในห้องน้ำแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.77 บริเวณครัว ลักษณะพื้นเป็นพื้นปูนเรียบเสมอกัน ร้อยละ 30.15 มีสิ่งของเกะกะในบริเวณครัว ร้อยละ 54.77 สิ่งแวดล้อม พื้นรอบๆ ตัวบ้านเป็นพื้นดิน พื้นต่างระดับกัน ร้อยละ 36.18 รอบๆ ตัวบ้านมีการวางสิ่งกีดขวางเกะกะทางเดิน ร้อยละ 38.69 มีการเลี้ยงสัตว์ เช่น สุนัข แมว เป็ด ไก่ ฯลฯ ร้อยละ 60.80 มีบริเวณที่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์มีพิษ ร้อยละ 18.09 มีทางเดินลาดชัน บริเวณหน้าบ้าน ร้อยละ 36.68 มีพื้นที่ติดกับแม่น้ำ ลำคลอง ร้อยละ 16.08 บ้านที่มีพื้นที่ติดแม่น้ำ ส่วนใหญ่ไม่มีรั้วกัน ร้อยละ 91.46 โดยปัจจัยต่างๆ กับการเกิดอุบัติเหตุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป (โดยรวมกลุ่ม 70-79 ปี กับกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างน้อย ไม่สามารถนำมาคำนวณหาความสัมพันธ์ได้) โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Multiple Logistic Regression โดยการใช้ Crude OR ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาจากองค์ความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเลือกตัวแปรที่ค่า P-value น้อยกว่า 0.20 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ โดยคำนึงผลกระทบของปัจจัยต่างๆ กลุ่มอายุ 60-69 ปี

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI ของ OR	p-value
สิ่งกีดขวางทางเดินภายในตัวบ้าน			
ไม่มี	1	-	-
มี	8.06	2.99-21.71	<0.001
ลักษณะพื้นภายในตัวบ้าน			
เรียบเสมอกัน	1	-	-
ต่างระดับ	4.11	1.53-11.05	0.005
มีประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา			
ไม่มี	1	-	-
มี	8.83	1.65-47.15	0.011

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุของกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ของบ้านที่บริเวณหน้าบ้านไม่มีทางเดินลาดชัน (95%CI = 4.38-198.68) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ โดยคำนึงผลกระทบของปัจจัยต่างๆกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI ของ OR	p-value
ประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา			
ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ	1	-	-
เคยเกิดอุบัติเหตุ	74.46	4.13-1341.01	0.003
ลักษณะของที่พักอาศัย			
บ้านชั้นเดียวติดพื้นดิน	1	-	-
บ้าน 2 ชั้น	7.35	1.29-41.86	0.025
ลักษณะพื้นบริเวณที่ประกอบอาหาร			
ต่างระดับ	1	-	-
เรียบเสมอกัน	0.11	0.02-0.70	0.019
มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณบ้าน			
ไม่มี	1	-	-
มี	17.13	2.63-111.49	0.003
บริเวณหน้าบ้าน มีทางเดินลาดชัน			
ไม่มี	1	-	-
มี	29.50	4.38-198.68	0.001

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 199 ราย กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาสูงสุด 56 ต่อประชากร 100 คน เนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพ และสรีระวิทยา มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้มีโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุใกล้เคียงกัน อาจเพราะวัยสูงอายุกิจกรรมที่ต้องทำส่วนใหญ่สามารถทำได้โดยไม่จำกัดเพศ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก อุบัติเหตุที่พบทั้ง 3 กลุ่มอายุ ส่วนใหญ่คล้ายกันคือ การลื่นล้ม/หกล้ม⁵ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น ทางเดินมีหญ้าขึ้นรกหรือมีพุ่มไม้ มีการวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน ทำให้มีโอกาสลื่นล้มหรือหกล้มได้มากกว่าอุบัติเหตุประเภทอื่นๆ ประกอบกับความเสื่อมทางด้านร่างกาย มักมีสาเหตุมาจากการลื่นหรือก้าวพลาด ไถลขณะขึ้นลงบันได การวางสิ่งของเกะกะทำให้สะดุดหกล้ม พบว่าทั้งสามกลุ่มอายุ

เกิดอุบัติเหตุมากในช่วงเวลาเช้า เริ่มตั้งแต่เช้ามีด เนื่องจากช่วงเช้ามีดยังเป็นเวลาที่แสงสว่างมีไม่มีเพียงพอ และร่างกายหลังตื่นนอนเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าช่วงเวลาอื่นๆ พบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี มักจะเกิดอุบัติเหตุบริเวณครัวมากที่สุดเนื่องจากผู้สูงอายุในวัยนี้ ยังทำครัวทำกับข้าวรับประทานเองได้ ต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่ไม่ได้ทำครัวแล้วเนื่องจากอายุมาก จึงทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุในบริเวณครัวมากกว่า กลุ่ม 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่คือหกล้ม ซึ่งเป็นจุดที่ต้องใช้เป็นประจำทั้งการอาบน้ำและการขับถ่าย หกล้มเป็นบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลายอย่าง กลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการเคยเกิดอุบัติเหตุ⁶ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเกิดอุบัติเหตุหกล้มจะหมดความมั่นใจในการเดินหรือการทำกิจกรรมอื่นๆ เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะความกลัวการ

หกล้ม (Fear of falling) ซึ่งภาวะความกลัวการหกล้ม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ ส่งผลให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

ด้านสิ่งแวดล้อมภายในตัวบ้าน การวางสิ่งกีดขวาง วางกะทะทางเดิน และลักษณะพื้นภายในตัวบ้านที่ต่างระดับกัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี การดำเนินชีวิตประจำวันยังคล้ายกับวัยทำงาน คิดว่าร่างกายตนยังแข็งแรงดี ขาดความระมัดระวังทำให้เกิดสะดุดชนกับสิ่งของเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่ไม่พบว่าการวางสิ่งกีดขวางวางกะทะทางเดินและลักษณะพื้นภายในตัวบ้านที่ต่างระดับมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้โอกาสในการเกิดอุบัติเหตุมีน้อยกว่า ลักษณะของที่พักอาศัยที่เป็นบ้าน 2 ชั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและรับรู้การสั่นสะเทือนที่ลดลง หดแรงขณะขึ้นลงบันได⁷ การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความฉับไวของสติปัญญา การเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ต่างจากกลุ่มอายุ 60-69 ปี ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้กล้ามเนื้อยังแข็งแรง การเคลื่อนไหวยังไม่เป็นปัญหาในกลุ่มนี้ พบว่าลักษณะพื้นบริเวณครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่าพื้นบริเวณครัวส่วนใหญ่มีการก่อสร้างที่ต่างระดับกัน เพื่อยกเป็นชั้นวางของ ปูด้วยกระเบื้องหรือเป็นปูนฉาบเรียบ บริเวณที่ปรุงอาหารและล้างจานพบว่าพื้นที่ความมันและลื่น จากคราบน้ำมัน ที่ขาดการทำความสะอาด ผู้สูงอายุกลุ่ม 70 ปีขึ้นไป มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและปัญหาด้านสายตา การเดินในบริเวณครัวจึงทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น ต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากการเคลื่อนไหวยังอยู่ในเกณฑ์ที่แข็งแรงเดินไปมาได้สะดวก สายตามอง

เห็นชัดเจนกว่า และมีความเคยชินกับห้องครัวมากกว่า เพราะยังทำกับข้าวเองได้

สิ่งแวดล้อมบริเวณรอบๆ ตัวบ้าน การเลี้ยงสัตว์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากสัตว์เลี้ยงพวกนี้ สามารถเดินไปเดินมาในบริเวณบ้านและรอบๆ บ้านได้ ไม่มีการขังกรง หรือคอกเลี้ยงสัตว์ และด้วยปัญหาที่พบในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป คือ การเคลื่อนไหว และปัญหาการมองเห็น อาจทำให้เดินสะดุดหกล้มได้ บริเวณหน้าบ้านที่มีทางเดินลาดชันมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากทางเดินต่างระดับจะทำให้ผู้สูงอายุมีการกระเด้งที่ผิดพลาดได้ เมื่อผู้สูงอายุต้องเดินไปข้างนอกบ้านจึงเสี่ยงต่อการก้าวพลาด หกล้มได้ง่าย⁸ ปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้านต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุตามหลักวิชาการ บริเวณหน้าบ้านที่มีทางเดินต่างระดับทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้แรงในการเดินเพิ่มขึ้น การก้าวและการทรงตัวที่ลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัว หกล้มได้ง่าย

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
2. ด้านภาครัฐ ที่ดูแล เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การออกให้คำปรึกษาหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วย ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำรงชีวิต และการป้องกันตนเองจากการเกิดอุบัติเหตุ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ สร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์กาญจนา นาตะพินธุ, รองศาสตราจารย์ ดร.ดารีวรรณ เศรษฐีธรรม, ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ และอาจารย์สุทิน ชนะบุญ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ และขอขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลบ้านฝาง ทุกๆ ท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/n78.html. (วันที่ค้นข้อมูล : 28 สิงหาคม 2555).
2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. **สุขภาพคนไทย 2550**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
3. ธนวรรณ ลำกำปัง, กาญจนา นาตะพินธุ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลขามป้อม อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น**. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 17(4); 2553.
4. Hsieh YF, Bloch AD, Larsen DM. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. **Statistics in Medicine**. 1998; 17 : 1623-34.
5. กาญจนา นาตะพินธุ. **อาชีวอนามัยและความปลอดภัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง). ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
6. ทศนีย์ พลฤทธิ์ .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. **วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง**, 13(4), 2541; 27-33.
7. นารัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. รายงานการวิจัย ศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 16(3), 2541; 34-44.
8. วรณิกา บุญระยอง และคณะ. **ปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้านต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุตามหลักวิชาการ และตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ**. เชียงใหม่ : ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

การดำเนินงานของสถานเอนามัยในจังหวัดมหาสารคาม ที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) Community Health Center Process in Upgrading to be Sub-district Health Promotion Hospital, Mahasarakham Province

วรพจน์ พรหมสัตยพรต¹, สุมัทนา กลางคาร²
Vorapoj Prommastayaprot¹, Sumattana Glangkarn²

บทคัดย่อ

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จัดได้ว่าเป็นโครงการที่ใหม่ ด้านความพร้อมในการให้บริการ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานของสถานเอนามัยที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 17 แห่ง มีบุคลากรจำนวน 68 คน เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.9 อายุเฉลี่ย 35.7 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.1 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 18,473.8 บาท ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 12.8 ปี เคยเข้ารับการฝึกอบรมหรือได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 64.7 ซึ่งศึกษาในตำแหน่ง ผู้บริหารหน่วยงาน นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) และเจ้าหน้าที่ ความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้าน พบว่าด้านบุคลากรมีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ด้านโครงสร้างพื้นฐานมีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ด้านการเงินการคลังและระบบสนับสนุนมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านโครงสร้างองค์กรมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านระบบบริการมีความพร้อมอยู่ในระดับสูง

โดยสรุป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีการพัฒนาเพื่อรองรับการบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก และมีการดำเนินงานในด้านอื่นควบคู่ไปด้วย อันเกิดจากความร่วมมือทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างมีระบบ ซึ่งในส่วนของความพร้อมด้านระบบบริการนั้นหากมีการฝึกอบรมให้กับบุคลากรก็จะทำให้ความพร้อมในด้านนี้เพิ่มขึ้นและให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ : การดำเนินงาน, ความพร้อม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.).

^{1,2}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Abstract

Sub-district Health Promotion Hospital process is a new project in relation to the readiness of health service. This study aimed to describe Community Health Centers (CHC) process, where were upgraded to be Sub-district Health Promotion Hospital (SHPH). A cross- sectional study conducted in 17 CHCs, consisting of 68 health officials. Quantitative data were presented by percentage, mean and standard deviation.

The results show that most of health officials were female, average age was 35.7 years, educated bachelor degree 72.1%, average salary was 18,473.8 Baht/month, and average work experience was 12.8 years. 64.7% used to participate in training course about Sub-district Health Promotion Hospital. In general, the readiness of health official to run Sub-district Health Promotion Hospital process was at a high level. For each aspect, the readiness of staff, basic structure, and service system aspects were at the high levels. Financial and support systems, and organization structure aspects were at the medium levels.

It could be suggested that Sub-district Health Promotion Hospitals need development to support the services which focus mainly on health promotion. Moreover, others health services are also run which the participation of all stakeholders. Staff training is important for the readiness of service systems and can improve health care services to people effectively. Those are associated to the objectives of Sub-district Health Promotion Hospital process.

Keywords : process, readiness, Sub-district Health Promotion Hospital.

บทนำ

จากการดำเนินการตามโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จัดได้ว่าเป็นโครงการที่ใหม่ด้านความพร้อมในการให้บริการ ทั้งด้านบุคลากรทางสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ ด้านโครงสร้างพื้นฐาน อาคารสถานที่ สาธารณูปโภค ครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง ระบบเทคโนโลยีการสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ด้านการเงินการคลัง รวมทั้งระบบสนับสนุน ระบบการให้บริการสาธารณสุข¹ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากบทบาทหน้าที่ โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข อนึ่ง การพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในช่วงแรกหรือระยะแรก (1 - 3 ปี) จะมีรูปแบบที่แตกต่างกันของแต่ละพื้นที่ แต่จะมีลักษณะที่คล้ายกันในการจัดการบริการที่เน้นการจัดบริการเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมตามสายงานวิชาชีพของตนเอง ส่วนมากได้แก่พยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องศึกษาเรื่องเวชปฏิบัติครอบครัว เวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ ในระยะต่อไปจะเป็นการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุข และนักบริหาร เพื่อให้เข้าใจแนวทางการบริหารงานยุคใหม่²

จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการดำเนินงานของสถานีนามัยที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดมหาสารคาม ในประเด็นความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณในการดำเนินงาน วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสถานีนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และการประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในเขตอำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วย และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร กับความพร้อมด้านบุคลากร ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านการเงินการคลังและระบบสนับสนุน ด้านโครงสร้างองค์กร และด้านระบบบริการของบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดมหาสารคาม ทั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเตรียมความพร้อมด้านศักยภาพของบุคลากร ความจำเป็นของการใช้งบประมาณ วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ตลอดจนแนวทางในการให้บริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาแหล่งศึกษาหาประสบการณ์ด้านสุขภาพให้กับนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อีกต่อไปด้วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ซึ่งเป็นการวิจัยของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานร่วมกันที่ต้องการจะพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานหรือการพัฒนางานที่เหมาะสม มีคุณภาพเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานการณ์ของสังคมนั้น ๆ ในการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในจังหวัดมหาสารคาม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานีนามัยที่ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในจังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปีงบประมาณ 2552 - 2555 (ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกันยายน 2555) จำนวน 17 แห่ง บุคลากรจำนวน 68 คน โดยแบ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) จำนวน 16 แห่ง และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) 1 แห่ง ทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) โดยใช้แบบสอบถามและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) โดยใช้วิธีการประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกัน การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interviewing) การทำกลุ่มสนทนา (Focus Group) การจัดประชุมระดมสมอง (Brain Storming) การสัมมนาสาธารณะ (Public Workshop) และการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรและชุมชน (Participation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.9 กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 26.5 ระยะเวลาการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 35.1 ในส่วนของตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีตำแหน่ง

ผู้บริหารหน่วยงาน นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) และเจ้าหน้าที่ในแต่ละตำแหน่ง ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการฝึกอบรมหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 64.7

ผลการศึกษาความเห็นด้านความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดมหาสารคาม มี 5 ด้าน คือ

1) บุคลากรผู้ดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับจำนวนบุคลากร ประเภทของบุคลากร เจ้าหน้าที่ พนักงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับสูง แต่เกี่ยวกับบุคลากรปฏิบัติงานตรงกับตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ จำนวนเจ้าหน้าที่ พนักงานมีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนผู้มารับบริการและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนผู้มารับบริการและตรงตามเกณฑ์ มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

2) ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานของบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านอาคารสถานที่ มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านสาธิตอุปกรณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข และเวชภัณฑ์ ในภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับสูง แต่เกี่ยวกับเรื่องของรถยนต์ รถจักรยานยนต์ในการให้บริการประชาชนที่พร้อมให้บริการอย่างเพียงพอ มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องคอมพิวเตอร์พร้อมระบบวิดีโอ Conference เครือข่ายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือที่พร้อมและเพียงพอในการให้บริการ มีความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ

3) ด้านการเงินการคลังและระบบสนับสนุนของบุคลากร ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านงบประมาณจากรัฐ มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ มีความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ

4) ด้านโครงสร้างองค์กรของบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการมีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงเรื่องมีคณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาลแม่ข่ายที่พร้อมในการบริหารจัดการ มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ด้านองค์กรที่ให้การสนับสนุนมีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการพัฒนาการวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล มีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

5) ในส่วนระบบบริการของบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ และมีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการป้องกันโรค มีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ด้านหน่วยบริการเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดบริการเยี่ยมบ้าน มีความพร้อม อยู่ในระดับสูง และด้านการปฏิบัติงานทั่วไป มีความพร้อม อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความพร้อมในภาพรวมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม

ความพร้อมในการดำเนินงาน	Mea	S.D.	ระดับความพร้อม
1. ความพร้อมด้านบุคลากร	2.37	0.256	สูง
- จำนวน บุคลากร ประเภทของบุคลากร เจ้าหน้าที่ พนักงาน	2.37	0.256	สูง
2. ความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน	2.37	0.374	สูง
- อาคารสถานที่	2.57	0.434	สูง
- สาธารณูปโภค เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข และเวชภัณฑ์	2.26	0.440	ปานกลาง
3. ความพร้อมด้านการเงินการคลังและระบบสนับสนุน	1.86	0.511	ปานกลาง
- งบประมาณจากรัฐ	2.01	0.585	ปานกลาง
- งบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ	1.80	0.522	ปานกลาง
4. ความพร้อมด้านโครงสร้างองค์กร	2.27	0.387	ปานกลาง
- โครงสร้างองค์กรบริหารจัดการ	2.31	0.477	ปานกลาง
- องค์กรที่ให้การสนับสนุน	2.27	0.419	ปานกลาง
- การวางแผนการดำเนินงาน การพัฒนา และการประเมินผล	2.26	0.413	ปานกลาง
5. ความพร้อมด้านระบบบริการ	2.51	0.399	สูง
- การป้องกันโรค	2.8	0.331	สูง
- การปฏิบัติงานทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2.58	0.435	สูง
- การจัดบริการเยี่ยมบ้าน	2.61	0.481	สูง
- การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ	2.39	0.401	สูง
- การจัดบริการหน่วยบริการเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	1.97	0.674	ปานกลาง
ความพร้อมในการดำเนินงานภาพรวม	2.37	0.289	สูง

วิจารณ์

ด้านบุคลากรในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษา บุคลากรมีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านจำนวน บุคลากร ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ พนักงาน ส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับสูง ส่วนด้านบุคลากร ปฏิบัติงานตรงกับตำแหน่งบทบาทหน้าที่ เจ้าหน้าที่ พนักงาน มีจำนวนเหมาะสมกับผู้มารับบริการ และบุคลากร ทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนผู้มารับบริการ ตรงตามเกณฑ์ ซึ่งมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินโครงการจัดบริการนอกเวลาราชการของสถานีนามัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านจำนวนเจ้าหน้าที่สถานีนามัยไม่เพียงพอต่อผู้มารับบริการ⁴ และการศึกษา ระดับความสามารถ ในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขระดับตำบล ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม ผู้บังคับบัญชา ร้อยละ 77.1 และผู้ร่วมงาน ร้อยละ 78.6 ในการสนับสนุนการดำเนินงานมีความพร้อม อยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการศึกษา บุคลากรมีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านอาคารสถานที่ที่มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาของบุคลากรในการปฏิบัติงาน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ มีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ด้านสาธารณูปโภค เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์และการสาธารณสุขและเวชภัณฑ์ในภาพรวมมีระดับความพร้อมอยู่ในระดับสูง แต่เรื่องพาหนะรถยนต์ รถจักรยานยนต์ ในการให้บริการประชาชนอย่างเพียงพอ มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง⁶

ด้านวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคอมพิวเตอร์พร้อมระบบวิดีโอ Conference เครือข่าย เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือที่พร้อมให้บริการอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษา

บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านงบประมาณจากรัฐ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ มีความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการบริหารจัดการของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ในการเข้าสู่ระบบองค์การมหาชน งบประมาณมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาในอนาคต เนื่องจากภาระหนี้สินมากกว่าเงินบำรุงคงเหลือ แต่การศึกษาความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านการสนับสนุนในองค์การโดยรวม อยู่ในระดับมาก

ด้านโครงสร้างองค์กรของบุคลากรในการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม มีความเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการ มีความพร้อมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาลแม่ข่ายที่พร้อมในการบริหารจัดการมีความพร้อมอยู่ในระดับสูง^๖ บุคลากรในการเข้าสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความพร้อมด้านนโยบาย ความมุ่งมั่น และตระหนักถึงความสำคัญในภาพรวมในระดับสูง ด้านองค์กรที่ให้การสนับสนุน มีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการพัฒนาการวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล มีความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

และในระบบบริการของบุคลากรสุขภาพมีความพร้อมโดยรวม อยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการป้องกันโรค มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง หน่วยบริการเวชปฏิบัติฉุกเฉิน มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง การจัดบริการเยี่ยมบ้าน มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการปฏิบัติงานทั่วไป มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง^๗ ปัญหาการดำเนินงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขตามนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาในการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขโดยรวม อยู่ใน

ระดับมาก เกิดจากการจัดการจัดสรรงบประมาณล่าช้า ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านขีดความสามารถในการให้บริการ รวมทั้งความคล่องตัวในการปฏิบัติงานส่งผลในภาพรวมต่อความพร้อมด้านระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

1) แนวคิดของของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแนวคิดที่ดีหากสามารถปฏิบัติ ได้จริงตามรูปแบบ และวิธีการทำงาน แต่มีอุปสรรคมาก เริ่มต้นควรจะมีการเตรียมความพร้อม ด้านบุคลากร ชุมชน สถานที่ และ ไม่สมควรจะใช้ชื่อโรงพยาบาล นำหน้า เนื่องจากทำให้ประชาชนมีความคาดหวังว่าหากเป็นโรงพยาบาลจะต้องมีแพทย์มาคอยให้บริการ ซึ่งในความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น และควรมีการศึกษาถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นก่อนมีการเปลี่ยนแปลง

2) การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเอง ยังไม่มีความพร้อมด้านอาคาร สถานที่ที่จะปรับปรุงเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในปี 2553 ในส่วนของชุมชน ถือว่ามีความพร้อมมาก เนื่องจากมีการทำประชาคมในพื้นที่ดำเนินงาน การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นอย่างดี และงบประมาณการปรับปรุงอาคาร สถานที่ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

3) โรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีความพร้อมในเรื่องระบบวิดีโอ Conference ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงได้ ควร มีงบประมาณสนับสนุนในการจัดหาบุคลากรที่ขาดแคลน เช่น นักกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มการบริการที่มีความหลากหลาย

4) โรงพยาบาลมีความคาดหวังที่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในการ จัดหารถพยาบาลฉุกเฉิน

5) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานตามจริงมีไม่ครบ ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจาก มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น จากเดิม และควรมีการให้ความสำคัญในเรื่องขวัญ กำลังใจ แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยสนับสนุนงบประมาณในการ ทำงาน

6) ตำแหน่งของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล ควรมีความชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความสะดวกในการบริการ และควรมีการประกาศออกมาให้ใช้อย่างถูกต้อง

7) จำนวนผู้ที่มารับบริการมีจำนวนมากขึ้นเจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น ควรมีการสนับสนุนจัดหาเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอีกหากมีการจัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง

8) นโยบายยกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นนโยบายที่มีความใหม่ในการดำเนินงานจัดสรรงบประมาณ เนื่องจากมีความล่าช้าและความไม่ชัดเจนในการบริหารงาน

9) กำหนดแนวทางและโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการกำหนดมาจากระดับสูง ทำให้ไม่เข้าใจในสภาพปัญหาอย่างแท้จริงของการดำเนินงาน ควรมีการทบทวนและทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีการเปิดโอกาสในการเสนอแนวคิด รวมทั้งการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

10) ด้านบุคลากร เมื่อเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ตามกรอบ ไม่ได้ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่

เช่น เจ้าหน้าที่งาน สาธารณสุขชุมชน ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการให้บริการแพทย์แผนไทย 327 ชั่วโมง และเจ้าหน้าที่อื่นเพื่อให้เกิดความชำนาญการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อรองรับการเปิดให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก ควรมีหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อพัฒนาความรู้ ให้สอดคล้องกับแนวทางในการดำเนินงาน เช่น การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวม

11) โครงสร้างพื้นฐาน ควรมีการต่อเติมอาคาร ให้เพียงพอต่อการให้บริการประชาชนและควรมีงบประมาณในการสร้างห้องประชุมหรือมีการปรับปรุงอาคาร

12) ด้านการเงินการคลังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ค่อยมีการสนับสนุน เนื่องจาก อ้างว่ายังไม่ได้รับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือตำบลนั้นยังไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งจะเริ่มในปี 2553 ส่วนโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการให้การสนับสนุนเพียงเล็กน้อย และต้องขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการ ซึ่งไม่เป็นอิสระในการบริหารจัดการ

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ใคร่ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณเงินรายได้เพื่อการศึกษาสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ : บริษัท ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
2. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. **“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”** 2552. (Internet) (เข้าถึงจาก :<http://bps.ops.moph.go.th/hospitaltumbon/index>.) (20 เม.ย. 2555).
3. คณิงเนตร อนุชวานิช. **การประเมินโครงการจัดบริการนอกเวลาราชการของสถานีนามัย จังหวัดกาฬสินธุ์**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการวัดผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2541.
4. ภคินี ศรีสารคาม. **ระดับความสามารถในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
5. จิราพรธรณ โพธิ์กำเนิด. **กำลังขวัญในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จังหวัดศรีสะเกษ**. สถาบันบัณฑิตพัฒนา บริหารศาสตร์ คณะพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
6. สุมัทนา กลางคาร และวรวจน์ พรหมสัถยพรต. **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์; 2543.
7. สุรเชษฐ์ แก่นทิพย์. **ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติงานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
8. รัชดา ตันติสารศาสน์ และคณะ. **ความพร้อมของบุคลากรในการเข้าสู่การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โรงพยาบาลทันตกรรม**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.
9. ศิริศักดิ์ พนมแมน. **ปัญหาการดำเนินงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2543.

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Exercise Behaviors of Patient with Chronic Disease, Health Promoting Hospitals in Damnoensaduak District, Ratchaburi

วิสุทธิ์ บุญประจง*

Wisut Budpajong*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 15 พฤษภาคม 2556 จำนวน 380 คน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามปัจจัยรายด้านส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ระดับความรู้ในการออกกำลังกาย ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เป็นการศึกษาโดยสุ่มแบบหลายชั้น (Multistage Random Sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลในการหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ (P-value = .046*) ระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย (P-value = .020*) เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำความรู้ คำปรึกษาด้านการออกกำลังกาย (P-value = .000*), มีการทดสอบสมรรถภาพทางกายทุก ๆ 6 เดือน (P-value = .000*), สถานที่ออกกำลังกายสะอาด สะดวกและสบาย (P-value = .000*), มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งาน (P-value = .000*), มีบริการน้ำดื่มตามจุดต่างๆ (P-value = .000*) และมีห้องน้ำ ห้องส้วม ที่สะอาดและเพียงพอ (P-value = .000*) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, การได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

คำสำคัญ : พฤติกรรมการออกกำลังกาย, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Abstract

This study was survey research to examine exercise behaviors of patient with chronic disease, health promotion in hospitals, DamnoenSaduak district, Ratchaburi. The aim of this study was to examine exercise behaviors of patient with chronic disease in health promoting hospitals. The variables were as follows: gender, age, marriage status, level of education, occupation, income, information about exercise, level of exercise knowledge, level of attitude about exercise, and exercise behaviors. Of the 380 patients from health promoting hospitals in DamnoenSaduak district, Ratchaburi were selected for the study with multistage random sampling. Interviews were used in the study were developed by the researcher. Percentages, means, standard deviation, and Chi-square test were used for analyzed. The results showed that exercise behaviors of patient with chronic disease and income (P-value = .046*), level of exercise knowledge (P-value = .020*), exercise consultants (P-value = .000*), having exercise test every 6 months (P-value = .000*), the exercise place was clean, convenient, and comfortable (P-value = .000*), exercise instruments were standard and ready to use (P-value = .000*), drinking water service was adequate (P-value = .000*), and lavatory was clean and sufficient (P-value = .000*) were statistically significant at 0.05. However, exercise behaviors of patient with chronic disease and gender, age, marriage status, level of education, occupation, level of exercise knowledge, and level of attitude about exercise were not statistically significant.

Keywords : Exercise Behaviors, Patient with Chronic Disease.

บทนำ

ปัจจุบันสุขภาพของประชากรโลก มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของประชากรและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งพฤติกรรมและวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างอีกด้วย สาเหตุจากการพัฒนาประเทศและระบบเศรษฐกิจ ที่เน้นการแสวงหาประโยชน์จากทรัพยากรซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตมนุษย์มากเกินไป ทั้งนี้ประชากรโลกถูกคุกคามด้วยโรคระบาดต่างๆ และปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ล้วนเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ปัญหาจากพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ เพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างๆ ยาเสพติด การบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการผลิตอาหารที่ขาดคุณภาพ ไม่ได้มาตรฐาน ความหนาแน่นของเมือง การย้ายถิ่นฐานและการค้า รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีเครื่องทุ่นแรงมากมาย เป็นผลให้การใช้แรงงานในชีวิตประจำวันลดน้อยลง จากสถานการณ์โรคในปัจจุบัน หน่วยงานกระทรวงมหาดไทย หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพ โดยการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและได้มีการรณรงค์สร้างความตระหนักถึงพิษภัยของปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ความรู้ในวงกว้างและการรณรงค์สร้างกระแสเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 3 อ (คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ให้ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะในการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการสร้างสุขภาพที่ดีของคนไทยต่อไป จากการรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยของคนไทยในปี 2550 พบว่า ป่วยด้วย 5 โรค คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วประเทศกว่า 2 ล้านราย มากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ที่พบอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรเท่ากับ 782.38 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 654.44 โรคหัวใจขาดเลือด 262.32 และโรคหลอดเลือดสมอง 206.34 ตามลำดับ ซึ่งใน ปี 2552 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนทั่วถึง และการรณรงค์สร้างกระแสจัดเป็นกิจกรรมสำคัญในเรื่อง “คนไทย

ไร้พุง มุ่งสู่สุขภาพดีวิถีไทย” ด้วยทฤษฎี 3 อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เพื่อพิชิตอ้วน พิชิตพุง

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์สร้างความตระหนักถึงพิษภัยของปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ความรู้ในวงกว้าง และการรณรงค์สร้างกระแสเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ให้ประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อลดเสี่ยง ลดโรคอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากสภาพปัญหาสุขภาพดังกล่าว รัฐบาลจึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งเน้นเป้าหมายคือ การพัฒนาสุขภาพไทย ไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียง โดยที่เป้าหมายหนึ่งก็คือ การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายจะช่วยในการปรับปรุงระบบการไหลเวียนโลหิต ช่วยในการสูบฉีดโลหิตในแต่ละครั้งให้มีจำนวนมากขึ้น แต่อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ในคนปกติอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 70-80 ครั้งต่อนาที แต่เมื่อออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจะหายใจเข้าและลึกกว่า 60 ครั้งต่อนาที ในระบบการหายใจผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะหายใจเข้าและลึกกว่าผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย อวัยวะในการย่อยอาหารและการกำจัดของเสียออกจากร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อมีสมรรถภาพดีขึ้น คุณค่าทางจิตวิทยา (Psychological Values) ของการออกกำลังกายนั้น บลันเดลล์กล่าวว่า “การออกกำลังกายแต่พอควรจะช่วยลดความเครียดของประสาท” นอกจากนั้น การออกกำลังกายยังมีคุณค่าทางสังคม (Sociological Values) อีกด้วย กล่าวคือมนุษย์มีสัญชาตญาณในการอยู่ร่วมกันทางสังคม ซึ่งจะรวมไปถึงความพึงพอใจในการเล่นกีฬาด้วยกัน สร้างเสริมความมีน้ำใจนักกีฬา และสร้างมิตรภาพให้เกิดขึ้น¹

การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิตที่มีอยู่แล้วในตัวมนุษย์ เป็นการกระตุ้นการสร้างและเติบโตของกระดูกรวมถึงกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรง มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์ กระตุ้นการทำงานของปอด หัวใจ กระดูก กล้ามเนื้อ และเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรค ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายและจิตใจสมบูรณ์แข็งแรง^{1,2} ผลของการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอสามารถป้องกันโรคภัยหลายชนิดไม่ให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย ช่วยรักษาอาการป่วยจากโรคต่างๆ เช่นปวดศีรษะไม่ทราบสาเหตุ โรคภูมิแพ้ หืด ข้ออักเสบ

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ ทำให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และช่วยลดความเสี่ยงของอวัยวะตามระบบต่าง ๆ ของร่างกายก่อนวัยอีกด้วย แต่เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพัฒนาประเทศไปสู่เศรษฐกิจภาคอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรม ประกอบกับมนุษย์ต้องมีการต่อสู้แข่งขันในเรื่องของการศึกษา การทำมาหากิน เป็นผลให้มีเครื่องทุ่นแรงมากมาย มีการใช้แรงงานในกิจวัตรประจำวันน้อยลง แต่ในทางกลับกัน ทำให้การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจรวมทั้งจัดหาเวลาเพื่อการออกกำลังกายน้อยลง คนไทยทุกวันนี้ยังขาดการออกกำลังกาย จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2544 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 44.4 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนากีฬาแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ร้อยละ 60 และแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 รวมทั้งแผนพัฒนากีฬาแห่งชาติฉบับที่ 3 ยังคงตั้งเป้าหมายส่งเสริมให้คนไทยมีการออกกำลังกายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ดังนั้นรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีการออกกำลังกายมากขึ้น แต่เมื่อเอ่ยถึงการออกกำลังกาย ผู้คนโดยทั่วไปมักนึกถึง การที่จะต้องออกนอกบ้านไปวิ่ง เดินเร็ว ๆ เดินแอโรบิค ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เล่นกีฬา หรือหาเครื่องมือออกกำลังกายมาตั้งไว้ในบ้านแล้วแบ่งเวลาออกมาออกกำลังกายโดยพยายามแทรกให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตซึ่งทำได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่คนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 ทำไม่ได้ โดยอ้างว่าไม่มีเวลาการออกกำลังกายดังกล่าวนั้น อยู่บนพื้นฐานของการออกกำลังกายเพื่อฝึกฝนให้มีสมรรถภาพหรือความสมบูรณ์แข็งแรงทางกายแบบนักกีฬามีจุดหมายเพื่อชัยชนะ ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยพบว่า การออกกำลังกายที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราวจากการออกแรงทำงานการเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันกิจกรรมหรืองานบ้าน เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า ตัดหญ้า ทำสวน รดน้ำต้นไม้ จัดเป็นการออกกำลังกายที่ดีเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเช่นกัน การออกกำลังกายนั้น ไม่จำเป็นต้องออกแรงหนักๆ การออกแรงระดับปานกลางโดยเริ่มรู้สึกเหนื่อยหรือค่อนข้างเหนื่อย มีการหายใจแรงขึ้น ให้มีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ ประมาณ 150 แคลอรีต่อวัน หรือประมาณ 1,000 แคลอรีต่อสัปดาห์ ก็พอเพียงที่จะทำให้มี

สุขภาพดีลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง ความอ้วน เบาหวาน กระดูกพรุน ฯลฯ และยังสามารถทำแบบสะสมได้โดยทำครั้งละ 8-10 นาที สะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวันทำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ก็เกิดประโยชน์เช่นเดียวกับการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ดังนั้นทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก จึงทำการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของประชาชนให้เข้มแข็งมั่นคงขึ้นอันจะเป็นผลดีต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมต่อไป

โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 7,467 คน ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 380 ราย กำหนดสัดส่วนอย่างเป็นชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ตัวอย่างจำแนกตามราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิจัย

การศึกษาด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ใช้ไคสแควร์ (Chi-square test) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 30.8 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 56 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.8 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.8 สำหรับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.4 รายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ 6,000 -9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.4 และได้รับความรู้เรื่องออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 79.5 ซึ่งต้องการสถานที่ในการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 84.2 ในด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี คือข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยสูงสุด คือ ประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้มีเจ็บ

ป่วยน้อยลง, ควรเลือกการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ช่วง คือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริง และช่วงผ่อนคลาย, การออกกำลังกายที่ดีควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 0.96 และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ คือ การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ 0.54 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับดี และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติดีที่สุด คือ ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ($\bar{x} = 2.99$, $SD = .102$) และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำสุด คือ การออกกำลังกายทำให้เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับ ($\bar{x} = 2.41$, $SD = .798$)

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ส่วนใหญ่ออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 70.5 ซึ่งออกกำลังกาย ด้วยวิธีแอโรบิคคิดเป็นร้อยละ 47.1 และไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 29.5 การออกกำลังกายติดต่อกันแต่ละครั้งนานมากกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 65.67 ซึ่งจะออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง มักออกกำลังกายช่วงเวลาตอนเย็นหลังเลิกงาน คิดเป็นร้อยละ 61.94 ในสวนสาธารณะ คิดเป็นร้อยละ 61.57

ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย คือ ต้องการให้มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 73.4 รองลงมาคือต้องการให้มีบริการน้ำดื่มตามจุดต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 71.8 และสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการ น้อยที่สุดคือเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำความรู้ คำปรึกษาด้านการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 12.1 ปัจจัย ความสัมพันธ์ด้านประชากร การสนับสนุนการออกกำลังกาย พบว่า รายได้และระดับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง^{3,4} ที่มาออกกำลังกาย มีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ ต้องการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งเพศหญิงจะสนใจในการตรวจสุขภาพและดูแลสุขภาพ ข้อมูลด้านอายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ

และการรับรู้เรื่องการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอายุมากกว่า 51 ปี เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยและได้รับการรักษา เป็นผู้มีอายุมากและมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งจะมีการดูแลของบุคคลในครอบครัว การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น มีความรู้พื้นฐานอ่านออกเขียนได้ อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ซึ่งจะมีเวลาในการดูแลสุขภาพ โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้ และการรับรู้เรื่องการออกกำลังกาย ได้มีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาจะได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ แพทย์หรือพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ พื้นฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้มีการเจ็บป่วยน้อยลง⁵ การรับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ การออกกำลังกายทำให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว และเอ็นข้อต่อต่าง ๆ มีความยืดหยุ่นและการออกกำลังกายทำให้นอนหลับสนิทขึ้น⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยพายัพ พบว่า ปัจจัยหลักด้านการรับรู้การออกกำลังกาย นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงการออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์อยู่ในระดับมาก ด้านทัศนคติ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีทัศนคติในการออกกำลังกายว่า ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และควรมีการยืดกล้ามเนื้อก่อนการออกกำลังกายรวมถึงการออกกำลังกายเป็นประจำช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ และหากรู้สึกปวดเมื่อยจากการออกกำลังกายครั้งแรกควรหยุดพักทันที ซึ่งทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านการปฏิบัติเป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะตอบโต้และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า^{7,8} ปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกกำลังกายของประชาชนตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากการสัมภาษณ์เรื่อง ปัจจัยสนับสนุนต่อการออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำความรู้ คำปรึกษาด้านการออกกำลังกาย, มีการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ทุกๆ 6 เดือน, สถานที่ออกกำลังกายสะอาด สะดวกและสบาย, มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายที่ได้มาตรฐาน พร้อมใช้งาน, มีบริการน้ำดื่มตามจุดต่าง ๆ และมีห้องน้ำ ห้องส้วมที่สะอาดและเพียงพอ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะออกกำลังกายในหมู่บ้านบริเวณลานกีฬา ซึ่งจะอยู่ใกล้บริเวณโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้ได้รับบริการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และสะดวก สบาย ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานที่ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม น้ำดื่มบริการตามจุดต่าง ๆ หรือแม้กระทั่งการให้คำแนะนำในการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม

กับการดูแลสุขภาพซึ่งสิ่งต่างๆ ที่มาสนับสนุนก็นำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในพื้นที่อำเภอหรือจังหวัดใกล้เคียงว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่แตกต่างกันหรือไม่
2. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อการพยากรณ์โรค

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กองสุขศึกษา. แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546.
2. เจก ณะศิริ. ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและลดความชรา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : แปลนพับลิชชิ่ง : 2532.
3. จรีพร รอดจิตต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตหมู่ที่ 4, 5 และ 6 ตำบลบางโดนด อำเภोधาราม จังหวัดราชบุรี. สำนักงานสาธารณสุขอำเภोधาราม. 2546.
4. อนุชา เจริญผล. ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของประชาชนบ้านช่างเคียน ตำบลช่างเคียน อำเภोधาราม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2554.
5. จิราภรณ์ มงคลศิริ และคณะ. พฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพทางกายของผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี; 2541.
6. วัลภา ขำจา. “การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกาย” รายงานการวิจัย. 2544.
7. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : พีรพัฒน์; 2522.
8. สุนรี ศรีผดผอง. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี” รายงานการวิจัย; 2545.

ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

The Effect of Diabetes mellitus Patients by group process at Out Patient Service in Selaphum hospital Roi-Et Province

อาภรณ์ นันโท*
Arporn Nantho*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Pre-experimental design) เป็นการทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเสลภูมิ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2556 - สิงหาคม 2556 ศึกษาข้อมูลก่อนและหลังการเข้ากระบวนการกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pair-T Test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนเข้ากระบวนการกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง หลังเข้ากระบวนการกลุ่ม พบว่ามีคะแนนความรู้ในระดับสูง มีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.01$ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนเข้ากระบวนการกลุ่ม มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง หลังเข้ากระบวนการกลุ่ม มีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูง มีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้ากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำอาหารก่อนเจาะเลือด 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar) เฉลี่ย 358.40 mg% ซึ่งถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังการเข้ากระบวนการกลุ่มระดับน้ำตาลลดลง เฉลี่ย 128.00 mg% ซึ่งถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$

สรุปผลการใช้กระบวนการกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และสามารถนำกระบวนการกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นได้อีก

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, กระบวนการกลุ่ม, เบาหวานชนิดที่ 2, โรงพยาบาลเสลภูมิ.

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

This research is pre-experimental design that one shot design by purpose of this research was to study the outcomes of group processes care behaviors of diabetes mellitus patients at Selaphum hospital, Selaphum District, Roi-et Province. The sample consisted of 30 diabetes mellitus patients without identifiable and causes, selected purposively. The study group had participated in self-care activities with a grouping process from May and August 2013. The pretest and posttest data were collected using a questionnaire and were analyzed using mean and standard deviation and pair T-test

The data revealed by this study indicated that the patients had score of knowledge and effect of poor glycemic control at fair level and at good level after review was given 1 month following. The test of difference in means showed that they were significant difference ($p < 0.01$). The patient had score of practicing in group processes care behaviors of diabetes mellitus patients at fair level and at good level after receiving education. Again, the same review was given 1 month following. The test of difference in means showed that they were significant difference ($p < 0.01$). The results showed that before practicing in group processes care behaviors of diabetes mellitus, the patients had poor glycemic control, had fasting blood sugar mean 358.4 mg% and at good level after 1 month practicing in group processes care behaviors of diabetes mellitus, had fasting blood sugar mean 128 mg%. The test of difference in means showed that they were significant difference ($p < 0.01$).

In summary, self-care activities with the grouping process care behaviors encouraged diabetes mellitus patients to exchange disease experiences between each other, leading to actual practice in self-care for diabetes mellitus control. This activities should be applied to diabetes mellitus and other chronic diseases in other areas.

Keywords : Behavior, Group process, Diabetes mellitus, Selaphum hospital.

บทนำ

ปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังหรือรุนแรงได้ เช่น ภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง, ความดันโลหิตสูง, จอประสาทตาเสื่อม, ไตวาย, โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ร่วมกับเป็นแผลเรื้อรังที่ติดเชื้อง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการหลายประการ ได้แก่ ตาบอด หรือถูกตัดขา เป็นต้น จากการสำรวจทั่วประเทศไทย โดย National Health Interview and Examination Survey ปี ค.ศ. 1996-1997 พบว่า อัตราชุกของโรคเบาหวานทุกภาคของประเทศ เท่ากับร้อยละ 4.4 ปี ค.ศ. 2000 พบว่า อัตราชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 9.6 (2.4 ล้านคน) ในผู้ป่วยเหล่านี้ ร้อยละ 32.0 จะเกิดโรคแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 18.7 จะเกิดโรคแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 10.5 จะเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ และร้อยละ 1.3 จำเป็นต้องตัดเท้า และในกลุ่มที่เพิ่งพบครั้งแรกและเป็นผู้ป่วยใหม่มีร้อยละ 4.8 ที่ไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นเบาหวาน เนื่องจากไม่ปรากฏอาการเบาหวาน หรือที่เรียกว่า Insulin Resistance และยังพบอีกว่าในบางคนไม่แสดงอาการโรค ในขณะที่น้ำตาลในเลือดสูง ถึง 9-12 ปี ทำให้ไม่ได้สนใจที่จะดูแลรักษา ซึ่งนำไปสู่ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้มาก ผู้ป่วยเหล่านี้มักพบว่าตนเองเป็นเบาหวานต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเกิดขึ้นนับเป็นประเด็นสำคัญทางการแพทย์ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้รวดเร็วขึ้น¹ โรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไตวายเรื้อรัง จนอาจต้องฟอกไต พิกการตาบอดจากจอประสาทตาเสื่อมและถูกตัดเท้า ตัดขาจากแผลเบาหวาน² และพบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า ทั้งที่เกิดจากการรักษาโดยตรงและทางอ้อม เช่น ต้องหยุดงาน มีข้อจำกัดทางด้านความสามารถหรือ มีความพิการ หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร³

กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ได้ประยุกต์จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change)⁴ มาใช้บางขั้นตอน เช่น การประเมินตนเอง ซึ่งทำให้สมาชิกรู้จักตนเอง และสมาชิกกลุ่ม เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกันโดยกิจกรรมนั้น

ได้พิจารณาแล้วว่าเหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหาร่วมกันนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ สามารถนำมาเลือกใช้ในชีวิตประจำวันให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยเบาหวาน⁵⁻⁶

โรงพยาบาลเสลภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเสลภูมิ จำนวน 145,923 คน มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 แห่ง และนิคมโรคเรื้อรัง 1 แห่ง จากการรวบรวมข้อมูลของคลินิกพิเศษโรงพยาบาลเสลภูมิ ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลเสลภูมิ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีดังนี้ จำนวน 3,557 ราย, 3,706 ราย, 4,080 ราย, 4,419 ราย, 4,724 ราย และ 5,091 ตามลำดับ ติดอันดับ 1 ใน 5 โรคของแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2555 และอัตราการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA_{1c} น้อยกว่า 7 ตั้งแต่ ปี 2550-2555 ดังนี้ ร้อยละ 20, ร้อยละ 25, ร้อยละ 39.34, ร้อยละ 41.12, ร้อยละ 16.18 และ ร้อยละ 29.70 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลเสลภูมิ ปี 2556 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68 อายุเฉลี่ย 62.38 ปี อายุมากกว่า 60 ร้อยละ 65 มี BMI เฉลี่ย 25.78 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 50 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ย 164.25 mg% การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 130-180 mg% ร้อยละ 64 และระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 mg% ร้อยละ 28 ระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยมี HbA_{1c}>7-9 ร้อยละ 57 และ HbA_{1c}>9 ร้อยละ 36 มีภาวะ Dyslipidemia มีอัตราร้อยละ 78 สำหรับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ร้อยละ 25 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3 ร้อยละ 13 และภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 4 (CKD Stage 4) ร้อยละ 2 ตามลำดับ จากปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ สามารถส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ทางด้านร่างกาย, จิตใจ, อารมณ์, สังคม รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ญาติผู้เกี่ยวข้อง ต้องแบกรับภาระในการติดตามดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง และตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดการขาดรายได้ในการประกอบอาชีพ

เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความเข้าใจในโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ปัญหาด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนก็อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนให้อยู่ในภาวะปกติได้ ก็ส่งผลให้เกิดปัญหาที่เรื้อรังต่อไป

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้นำกระบวนการกลุ่มเข้ามาใช้เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มได้ใช้ประสบการณ์ของตนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกระตุ้นซึ่งกันและกัน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาผลการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการเข้ากระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในผู้ป่วยโรงพยาบาลเสลภูมิ

กลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับการรักษามาตามแพทย์นัด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การจัดทำกิจกรรมและแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป

แผนกิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เป็นแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยนำแนวคิด

ของโอเร็ม ในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกำหนดเนื้อหาให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา ที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง พร้อมการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ และแนวคิดในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคคลนั้น ๆ

ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินผลก่อนและหลังการเข้ากระบวนการกลุ่ม ด้วยแบบสอบถามที่ได้มาจากร้อยละ สิบ สิบห้า ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับน้ำตาลในเลือด แบบสอบถาม ความรู้ ตามโครงการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการจัดการลดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คงทนของกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปี 2556 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ตามโครงการพัฒนารูปแบบเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อการจัดการลดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คงทนของกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปี 2556

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและชายที่มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุโดยเฉลี่ย 55.33 ปี ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ปีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.7 ปี อาส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.67 การศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 80 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานการเปรียบเทียบ ก่อน หลัง เข้ากระบวนการกลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ใน 2 ช่วง คือก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม
 นัดตรวจ 1 เดือน จำนวน 30 ราย (n=30)

ความรู้	ก่อนเข้า กระบวนการกลุ่ม		หลังเข้า กระบวนการกลุ่ม 1 เดือน		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ผู้ที่มีพ่อ แม่ พี่ น้อง ซึ่งเป็นญาติสายตรงป่วยเป็นเบาหวาน จะต้องป่วยเป็นเบาหวานทุกคน	0.4000	0.49827	1.0000	0	0.00**
2. การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำตาล ช่วยปรับสมดุลการเผาผลาญอาหารได้	0.4667	0.5742	1.0000	0	0.00**
3. อาการของผู้ที่เป็นเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำบ่อย อ่อนเพลีย กินจุ แต่น้ำหนักลด	0.4333	0.1333	0.9333	0.25371	0.00**
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่กินอาหารปรุงด้วยวิธี นึ่ง ย่าง ต้ม แทนการทอด ช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้	0.1667	0.3791	0.9333	0.25371	0.00**
5. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกินผักชนิดใดก็ได้ อย่างไม่จำกัดจำนวน	0.2667	0.9827	1.0000	0	0.00**
6. ในหนึ่งวันผู้ป่วยเบาหวานควรกินผักผลไม้ให้มากที่สุด	0.3667	0.4901	0.8000	0.4068	0.00**
7. การออกกำลังกายที่ถูกต้องควรดื่มน้ำให้เพียงพอ ทั้งก่อนและหลังการออกกำลังกาย	0.4000	0.4893	0.9333	0.25371	0.00**
8. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี	0.4333	0.5401	1.0000	0	0.00**
9. การงานอาชีพ ทำงานบ้าน ทำไร่ ทำนา ติดต่อกัน นาน 30 นาที ไม่ถือเป็นการออกกำลังกาย	0.3000	0.4661	0.9333	0.25371	0.00**
10. การกินยาเบาหวานอย่างเดียว สามารถควบคุม น้ำตาลได้ โดยไม่จำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างอื่น	0.3333	0.4795	1.0000	0	0.00**
11. การผ่อนคลายความเครียด โดยการปฏิบัติในสิ่งที่ชอบ พึงพอใจ เป็นเป้าหมายการรักษาเบาหวาน	0.3667	0.4901	1.0000	0	0.00**
12. ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดจนอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถหยุดกินยาได้	0.3000	0.4661	0.9333	0.25371	0.00**
13. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มขนาดการกินยาเองได้ ถ้าพบการตรวจเลือดระดับน้ำตาลสูง	0.1667	0.3791	1.0000	0	0.00**
14. การรักษาโดยใช้สมุนไพรควบคู่กับยาเบาหวาน ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	0.2667	0.44988	1.0000	0	0.00**
15. การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการรักษาโรคเบาหวาน	0.4667	0.5074	1.0000	0	0.00**
16. การปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน มีโอกาสทำให้ตาบอดได้	0.1667	0.3791	0.8667	0.3548	0.00**

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ใน 2 ช่วง คือก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม
 นัดตรวจ 1 เดือน จำนวน 30 ราย (n=30) (ต่อ)

ความรู้	ก่อนเข้า กระบวนการกลุ่ม		หลังเข้า กระบวนการกลุ่ม 1 เดือน		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
17. การหยุดยาชุด ยาถูกกลอน เป็นประจำจะทำให้เกิด ภาวะไตวายเรื้อรังได้	0.2667	0.4498	1.0000	0	0.00**
18. ผู้ป่วยเบาหวานควรใส่รองเท้าแตะคิบบ เพื่อเป็น การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า	0.4667	0.5074	1.0000	0	0.00**
19. การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้าน ไม่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน	0.3667	0.4901	1.0000	0	0.00**
20. เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน คือ การกินยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเท่านั้น					

**p<0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุในช่วง 50 - 59 ปี ช่วงระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย 9.7 ปี และผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนเข้ากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำดอาหาร ก่อนเจาะเลือด 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar) เฉลี่ย 358.40 mg% ซึ่งถือว่าควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังการเข้า กระบวนการกลุ่มระดับน้ำตาลลดลง เฉลี่ย 128.00 mg% ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีค่าความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.01$ ส่งผลให้การรับรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กับโรคน้อยลงซึ่งทำให้นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานใน เขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ
2. ควรมีการประเมินผลความยั่งยืนในระยะยาว จะทำให้ทราบข้อดีและข้อบกพร่องในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตและเพื่อนำผลการวิจัยไปปรับและประยุกต์ใช้ตาม บริบทของผู้ป่วยแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W, Stolk. The Prevalence and Management of Diabetes in Thai Adults : The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. 26 : 2003; p.2758-63.
2. ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล. การดูแลสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ในวัลลา ตันตโยทัย, และสุนทรี ตันคะเสถียร. โครงการอบรมผู้ป่วยให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน พ.ศ. 2549 : Asean diabetic education : นครปฐม : เมตตาถือปี่ปรีน : 2549; p.235-44.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การรายงานการประเมินสถานการณ์โรคและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ, นนทบุรี; 2549.
4. อภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น : คลังนาวิทยา : 2554; p.59-61.
5. สง่า สงครามภักดี. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. มหาสารคาม; 9 (1) : 2555; p.40-2.
6. กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : ม.ป.พ; 2542.
7. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ร้อย แก่น สาร สิ้นธุ์. (สำเนาเอกสาร) : ร้อยเอ็ด; 2556.