



วารสาร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

Research and Development Health System Journal



ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564
Volume 14 No.3 September - December 2021

ISSN 1906-2605

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ยังคงอยู่ในช่วงการระบาดของโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง แกรมปลายปีมี Omicron มาให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับกระบวนการเตรียมเปิดโรงพยาบาลสนาม & Community Isolation & Home Isolation อีกรอบ ตามสถานการณ์ที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง แต่วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ยังคงนำเสนอเรื่องราว นวัตกรรม องค์ความรู้ ข่าวสารเรื่องราวด้านสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน และส่งความหวังดีต่อประชาชนคนไทยและเพื่อนร่วมโลกอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ การระบาดของโรคนี้ ทุกคนให้ความสนใจเรื่องสถานการณ์โควิด 19 ว่าเราจะปฏิบัติตัวอย่างไรไม่ให้ติดเชื้อ หรือติดเชื้อแล้วไม่ให้เชื้อลงปอด จึงเป็นโอกาสในการนำเสนอข้อมูลในสถานการณ์โรคนี้ในวารสารฉบับต่อไป ประกอบกับในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ ปีเสือปีนี้ ขอให้ทุกท่านมีความสุข ปราศจากทุกข์ สุขภาพดีเป็นมิ่งขวัญ ปลอดภัยปลอดภัยในทุกวัน สุขสมหวังตั้งใจตลอดปี 2565 พบกันใหม่ ฉบับหน้า

ดร.สุภัทรา สามัง

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
วิธีชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น.....	1
สุธิดา หล้าเลิศ, กล้าเผชญ์ โชคบำรุง	
การศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาใน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.....	13
ปัญญดา แก้วรัตน์, กล้าเผชญ์ โชคบำรุง	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น	29
อังสุมาลิน กรมทอง, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์	
ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเติบปวมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิชญ์โลก.....	42
พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ และคณะ	
การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์.....	57
นุจิพาภรณ์ ศิริไพบ, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัด นครราชสีมา.....	71
วรรณภาภรณ์ จงกลาง, นาฏนภา หีบแก้ว ปิตชาสุวรรณ	
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย....	83
รุจิพร เพ็ญศรี	
การพัฒนากระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	97
ปวีณา อุดรไสว, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์	
ประสิทธิภาพของไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีในการลดภาวะผิวหนังอักเสบ.....	111
อิสริย์ จิตต์สมนึก	
การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลศูนย์กลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.....	125
คำเสริม สายธาดา, อภิญา จำปามูล	
การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหา ระบบทางเดินปัสสาวะ.....	140
วันนา สุคนธ์วัฒน์, สิริอร ช้อย่น, ศิริวรรณ วงศ์ประกรณ์กุล, ภาสินี ไทอินทร์	
การศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น ปริมาณฟีนอลิก และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของ	152
สารสกัดกระชายขาว เพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สบู่กระชาย.....	
แพรวพรรณ บุญนวม, นุรมา กาเบ, รัชมี หะยิมะสาและ, วิทวัส หมาดอี, ปิยะนุช สุวรรณรัตน์, กุสุมาลย์ น้อยผา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น.....	166
วารภรณ์ วีระพันธ์	

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น.....	179
ฉันทริกา แพนบุญศิริลาวัณย์ ชมนิรัตน์	
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ.....	192
สุรพงษ์ ลักขุฑ	
แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.....	207
รัชชัย คนบุญ, อัครเดช คี้อ้อม	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.....	219
ประธาน ศรีจุลสาธิต	
การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องและแบบผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง.....	233
ลิขิต เรืองจรัส	
ผลการดูแลผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี.....	246
มัทนา สาริคำ, กุลนาด มากบุญ	
การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่.....	260
รัชชัย คนบุญ, เพิ่มพูน บุญมี, ชงยุทธ บรรจง	
การศึกษาพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิต ของประชาชน จังหวัดสุโขทัย.....	275
เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน	
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดจางในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลบรบือ.....	288
ธนพล เรืองชัยทวีสุข	
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.....	298
สุริยวรรณ สีสาดเลา, ศรายุทธ ชูสุทน, วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, กนกพร สมพร, นิตินันท์ ทรงคิดปี	
การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.....	310
ประสิทธิ์ สงกันหา	
การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.....	321
ประสิทธิ์ สงกันหา	
ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลังจังหวัดนครปฐม.....	333
สมใจ อ่อนละเอียด	



วิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

DIABETES PATIENTS' LIFE STYLE: A CASE STUDY IN MANCHA KHIRI DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

Received: August 30, 2021

Revised: September 18, 2021

Accepted: September 27, 2021

สุธิดา หล้าเลิศ¹, กล้าแพชัญ โชคบำรุง²

Sutida Lalert¹, Klaphachoen Shokebumroong²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีการศึกษาแบบผู้ป่วยกรณีศึกษา โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน ผู้ป่วยถูกเลือกอย่างเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ.2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่าวิถีชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานมีองค์ประกอบ และได้สะท้อนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย 6 ต้อง ได้แก่ 1.ต้องกำกับโรค, 2.ต้องหาอยู่หากิน, 3.ต้องกินสิ่งที่มี, 4.ต้องเบี่ยงเบนครอบครัว, 5.ต้องติดตามข่าวสาร, และ 6.ต้องร่วมกิจกรรมในชุมชน

คำสำคัญ: เบาหวาน, วิถีชีวิต

ABSTRACT

This qualitative descriptive research aimed to study diabetes type 2 patients' lifestyle in Mancha Khiri district, Khon Kaen province by using case study method. Ten Diabetes type 2 patients, who were treated at Mancha Khiri hospital, were recruited by purposive sampling. Data were collected by interviewing from March 2021 to April 2021. Data were analyzed by using the content analysis technique. The result revealed "6 must" of the way of life such as 1. must control disease, 2. must find a living, 3. must eat what has, 4. must" be proud of the family, 5. must follow the news, and 6. must participate in community activities.

Keywords: diabetes mellitus, lifestyle

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



บทนำ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยอ้างอิงข้อมูลผู้ที่เป็นเบาหวานตามที่สมาพันธ์เบาหวานโลก (IDF: International Diabetes Federation) รายงานว่า ในปี พ.ศ.2560 (ค.ศ.2017) ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นเบาหวานมากกว่า 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 (ค.ศ.2045) น่าจะมีมากถึง 629 ล้านคน⁽¹⁾ และสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยก็รายงานไว้ว่า ในปี พ.ศ.2560 (ค.ศ.2017) คนไทยเป็นเบาหวานมากถึง 4.8 ล้านคน และอาจจะเพิ่มเป็น 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ.2583 (ค.ศ.2040) ในขณะที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ ซึ่งให้เห็นว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งทั้งในระดับโลกและระดับพื้นที่

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้น้อยกว่า 7 mg% (A1C<7%) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน อย่างไรก็ดี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานว่า ในปี พ.ศ.2561 (ค.ศ.2018) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 36.5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้⁽¹⁾ และจากข้อมูล พบว่าโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคเบาหวานกว่า 4,625 คน มีจำนวนมากสูงสุดของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ และร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน⁽¹¹⁾ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดถือเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องควบคุมอาหาร กินยาและมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องมี

การใช้พลังงานเพื่อไม่ให้เกิดการสะสม อีกทั้งยังต้องควบคุมหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

สังคมวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมของคน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ไม่น้อย การศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมจะส่งผลถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^(3,4) ดังนั้น จึงถือเป็นเรื่องจำเป็นที่พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีความเข้าใจถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษา

อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น เป็นพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีบริบทการดำเนินชีวิตของผู้คนที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การดำเนินชีวิตจะยึดโยงกับสังคมวัฒนธรรมคือ “ฮีต 12 คอง 14” ได้สังเกตเห็นการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานไม่แตกต่างจากคนอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารก็ยังคงรับประทานอาหารเหนียวเป็นอาหารหลัก ต้องดูแลคนในครอบครัวของตนเอง เช่น เลี้ยงดูลูกหลาน หารายได้ประกอบอาชีพดังเช่นเดิม ผู้วิจัยสังเกตเห็นการไปตรวจและติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เดิมต้องให้คนในครอบครัวพาไป แต่ในปัจจุบันมีรถรับจ้างพาไปและไปกันเป็นกลุ่ม เป็นต้น

ในปัจจุบันจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการ



ปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ไม่น้อย เช่น การสืบค้นข้อมูลเพื่อการรักษาและดูแลตนเอง การมีเครือข่ายผู้ป่วยด้วยกัน มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล ระบบสุขภาพที่เน้นการดูแลเชิงรุก เป็นต้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่า วิธีการดำเนินชีวิตในสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นอย่างไร การศึกษาที่สะท้อนถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่าที่ปรากฏนั้นเกิดขึ้นมามากกว่า 15 ปี ซึ่งยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสังคมและเทคโนโลยีมากนัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าเป็นอย่างไรบ้าง ในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเลือกศึกษาเฉพาะพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยอาศัยและปฏิบัติงานอยู่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (qualitative descriptive research) โดยใช้วิธีการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา (case study)

พื้นที่การวิจัย

พื้นที่ในอำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น อาชีพส่วนใหญ่ของประชากร คือ อาชีพเกษตรกร ความเป็นอยู่เป็นแบบเรียบง่าย สภาพ

สังคมชนบท ยังยึดถือจารีตประเพณีดั้งเดิม แบบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย 8 ตำบล 118 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 67,839 คน⁽⁵⁾

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลมัญจาคีรี จำนวน 10 คน ใช้วิธีการเลือกอย่างเจาะจงตามแนวทางผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความหลากหลายและแตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ อาชีพ การมีโรคร่วม รายได้ การมีผู้ดูแล-ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยทุกคนเกิดและอาศัยในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี กระจายอยู่ในทั้ง 8 ตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยตนเองเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ และได้ฝึกประสบการณ์การสัมภาษณ์ การเขียนรายงานผู้ป่วยกรณีศึกษา และการวิเคราะห์ข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีความสามารถในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์โดยการยกประเด็นคำถามจากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 15 คน ผู้ป่วยทุกคนเกิดและอาศัยในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี กระจายอยู่ในทั้ง 8 ตำบล โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศหญิง-ชาย มีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน มีอาชีพหลากหลาย มีขนาดครอบครัวที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถสะท้อนบริการและสะท้อนการปฏิบัติตัวได้ครอบคลุมตามบริบทที่หลากหลาย ใช้ประเด็นคำถามหลัก (grand tour question) คือ การให้ผู้ป่วยอธิบายหรือบอกเล่าการดำเนินกิจกรรมในแต่ละวันว่าทำอะไรบ้าง และหาก



ผู้วิจัยต้องการให้ผู้ป่วยอธิบายเพิ่มเติมให้ชัดเจน ผู้วิจัยก็ตั้งคำถามตามประเด็นการตอบของผู้ป่วยแต่ละอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยสะท้อนรายละเอียด เช่น บทบาทของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว ชุมชน การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เป็นต้น ผู้วิจัยใช้วิธีการจดภาคสนามและขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โรงพยาบาลมัญจาคีรีเป็นช่องทางการเข้าถึงผู้ป่วย (entry) โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ให้เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมแล้วผู้วิจัยจึงได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ส่งผลใดๆ ต่อการมารับการรักษาและผู้ป่วยสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยรับทราบและยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ถือว่าผู้ป่วยยินยอมการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในรูปแบบของ action consent ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 15-20 นาที ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานขณะที่ผู้ป่วยรอตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมัญจาคีรี และครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง เป็นการสัมภาษณ์ที่บ้าน เพื่อไม่ให้รบกวนการรอรับการตรวจของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยขออนุญาตและนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ในวัน-เวลา ที่ผู้ป่วยสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและดูแลวิเคราะห์สุดท้าย เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลครบทุกคนแล้ว โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ^(6,7) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกนำมาอ่านและยกประเด็น ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้รูปแบบการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) และนำผลการศึกษาที่วิเคราะห์ไปทำการปรึกษา (debriefing) กับผู้ทรงคุณวุฒิ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการเลขที่ HE 642010

ผลการวิจัย

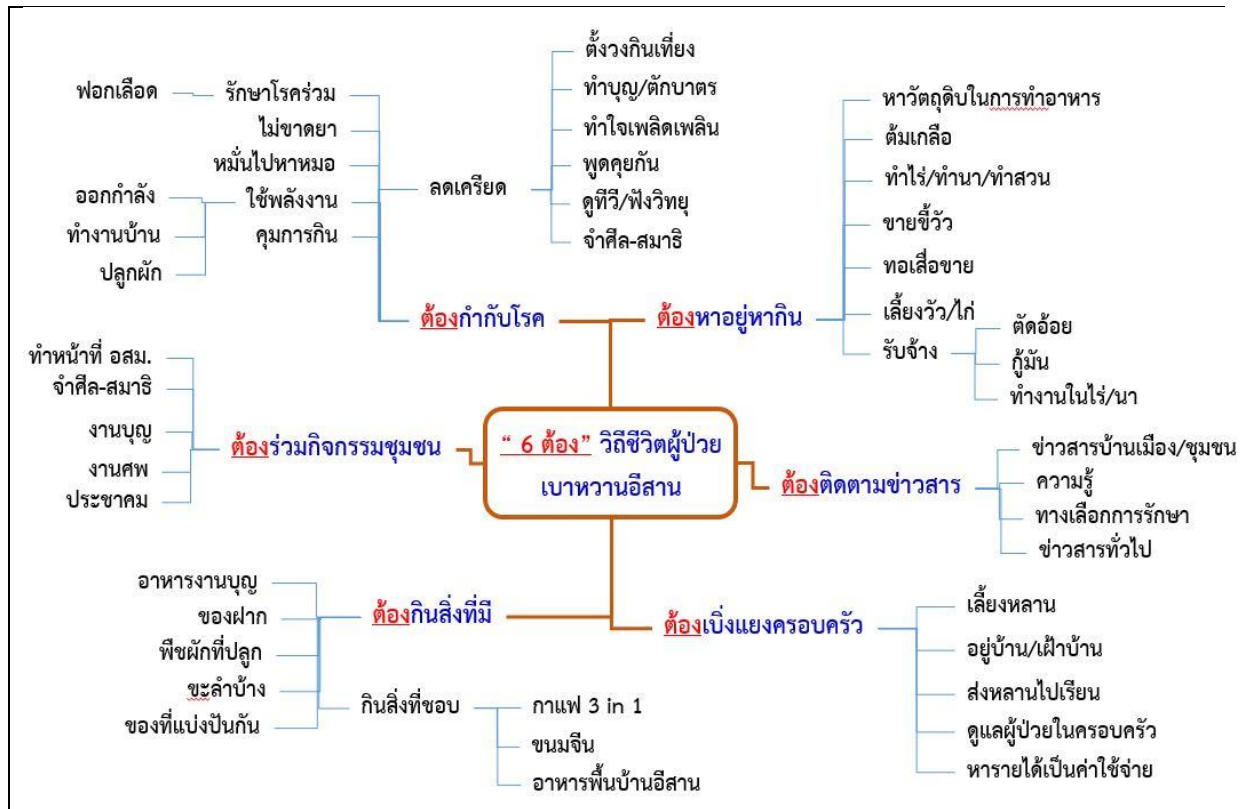
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 คน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 61.3 ปี (SD = 6.81, Max = 75 ปี, Min = 48 ปี) อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรทำนา เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 40 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 15.6 ปี (SD = 5.23, Max = 20 ปี, Min = 6 ปี) ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ พออยู่พอกินร้อยละ 60 และส่วนมากมีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 60

2. วิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการวิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนให้เห็นสิ่งที่ผู้ป่วย “ต้อง”



ทำในชีวิตประจำวัน 6 ประการหรือ “6 ต้อง” ได้แก่
(1) “ต้อง” กำกับโรค (2) “ต้อง” หาอยู่หากิน
(3) “ต้อง” กินสิ่งที่มี (4) “ต้อง” เบี่ยงแยงครอบครัว

(5) “ต้อง” ติดตามข่าวสาร และ (6) “ต้อง” ร่วม
กิจกรรมชุมชน ดังภาพและรายละเอียด ดังนี้



1) “ต้อง” กำกับโรค สิ่งที่เป็นกิจวัตรที่ผู้ป่วยเบาหวานอธิบายถึงการกำกับโรคของผู้ป่วยประกอบด้วย การคุมการกิน การใช้พลังงานเพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของน้ำตาลในเลือด การหมั่นไปหาหมอ การไม่ขาดยา การลดเครียด และในผู้ที่มีโรคร่วมก็ต้องมีการรักษาโรคร่วมที่เป็น เช่น การไปรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในภาพของการคุมการกินที่ปรากฏพบว่า ผู้ป่วยบางคนมีความตั้งใจในการคุมการกิน เช่น ไม่กินขนมหวานหรือผลไม้รสหวาน ไม่กิน

อาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น มีผู้ป่วยบางคนที่มีความพยายามในการคุมการกินแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งใจเพราะอดใจไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยก็จะกินไม่เข้มงวดมากนัก ในด้านของการใช้พลังงานพบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการทำงานเป็นการใช้พลังงานเพื่อไม่ให้เกิดการสะสมของน้ำตาลในเลือดได้ โดยได้ยินมาจากคำโฆษณา/ประชาสัมพันธ์ของ สสส.ว่า “แค่ขยับเท่ากับการออกกำลังกาย” ดังนั้น ผู้ป่วยส่วนมากจึงมีแนวทางในการควบคุมการสะสมของน้ำตาล



ในเลือดโดย การทำงานบ้าน การปลูกผัก บางคนก็เดินออกกำลังกายวันละ 10-20 นาที การเดินไปนาแทนการนั่งมอเตอร์ไซค์ เป็นต้น การลดเครียดของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การจำศีล/ทำสมาธิ การดูทีวี ฟังวิทยุ การพูดคุยกับผู้ป่วยหรือคนวัยเดียวกัน การทำใจให้เพลิดเพลิน การดักบาตร-ทำบุญ ตลอดจนการตั้งวงรับประทานอาหารกลางวัน เพราะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ผู้ป่วยจะได้พูดคุยแบบสนุกสนาน ปลดปล่อยความเครียดได้ และทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้นด้วย

“ฉันไปหาหมอที่โรงพยาบาล 3 เดือนเพื่ินัดเพื่อหนึ่ง การไปหาหมอมันสะดวกให้หมอบำบัดเอาชื่อเขาออกเวลาเขาไปตรวจมันเลยสะดวกรวดเร็ว การไปหาหมอก็สบายมีอุปสรรคยังดอก ลูกเอาไปส่งที่โรงพยาบาล ขากลับก็เหมารถสามล้อกลับมา ไปตามนัดสะดวกได้เบิ่งน้ำตาลเขาพร้อม ยากะบ่ได้ขาด” นางทุม (นามสมมติ)

“ตั้งแต่ผมเป็นโรคเบาหวานและได้ฟอกไต มา 2 ปี ผมก็เสดกับข้าวกินเอง บั้งปลา นึ่งปลา ใส่ซีอิ๊วขาวแทน หมอที่โรงพยาบาลเพื่ินก็บอกว่า ให้ใส่ซีอิ๊วขาวแทน ผงชูรสผมก็ไม่ใส่ ผมก็ทำมาเรื่อยๆ แต่ว่าข้าวจ้าวหมอก็บอกให้กินแต่ผมกินไม่ได้มันบ่อยู่ท้อง” นายปรีชา (นามสมมติ)

“ฉันคิดว่างานที่ฉันทำในแต่ละวันก็คือการออกกำลังกายนะ ยามเช้าไปขุดดินปลูกต้นไม้ แล้วก็ทอเสื่อเกือบทั้งวัน หลังเบ็ดหน้าฉันจะไปขุดปุ๋ย ได้วันละ 60-100 ตัว บางหลุมลึกลงไปเป็น

ศอก หน้าฉันก็ทำนา ทำทุกอย่าง ตั้งแต่ดำนาไปจนถึงเกี่ยวข้าว” นางหวาน (นามสมมติ)

“ตอนที่ผมไม่ได้ทำงานใหม่ๆ น้ำตาลในเลือดมันสูงผมจะเลยออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยานวันละ 4-5 กิโลเมตรสรงน้ำในหมู่บ้านทุกวัน วันไปตรวจผลคือว่าน้ำตาลมันลดอ้อหลี” นายนพ (นามสมมติ)

2) “ต้อง” หาอยู่หากิน ผู้ป่วยเบาหวานยังต้องมีกิจวัตรในการทำมาหากิน โดยเป็นการทำงานที่อยู่บนฐานการหาอยู่หากิน ซึ่งมีทั้งการหารายได้ เช่น การขายข้าว การดัดเกลือขาย การรับจ้าง การทอเสื่อขาย การเลี้ยงวัวเพื่อขาย และ การประกอบอาชีพของครอบครัว เช่น การทำนา ทำสวน ทำไร่ การเลี้ยงวัว และเลี้ยงไก่ (ซึ่งมีทั้งเพื่อเป็นอาหาร ขาย และทำเป็นพ่อแม่พันธุ์) นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละวันผู้ป่วยเบาหวานยังมีการไปหาวัตถุดิบเพื่อนำมาประกอบอาหาร เช่น การไปขุดปุ๋ย การไปหาเก็บผัก เป็นต้น

สำหรับการรับจ้างของผู้ป่วยเบาหวานที่ปรากฏ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานแม่จะมีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยก็มีความจำเป็นต้องหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัว อีกทั้งยังต้องให้บุตรหลานเป็นค่าใช้จ่ายในการเรียน ค่าขนม โดยงานรับจ้างที่ปรากฏได้แก่ การรับจ้างทำนา ทำสวน ทำไร่ การรับจ้างตัดอ้อย การรับจ้างขุดมันสำปะหลัง (กุ่มัน)

“หลังจากหน้าเกี่ยวข้าวก็จะไปขุดปุ๋ยตามท้องนาทุกวัน ขับรถมอเตอร์ไซค์ไปจอดแล้วเดินต่อมาปั่น อ่อม เอมากินเหลือกินก็ขาย. หลังหน้านาเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ แลวบ้านดินเอียด (ดินเค็ม) ก็ขุดเอา



หน้าคืนแล้วเอามาต้ม ได้เกลือแล้ว ขายกระบี่ปละ 200 บ่คู่กัน” นางหวาน (นามสมมติ)

“ตื่นเช้าตั้งแต่ตี 5 เตรียมของเตรียมห่อ ข้าวแล้วก็ขึ้น โคน ไปหาหน่อโจด ไปหาแห่ ไข่มดแดง” นางคอกไม้ (นามสมมติ)

“แนวเสดคือไปตัดอ้อยแล้วของเจ้าของ กะไปปรับจ้างเฟิ่น ไปกับสามี เขาให้ตันละ 300 บาท ไป 2 คนกะได้ 2 ตันกว่า หลังจากหน้าตัดอ้อยแล้วก็ไป กุ่มันอีกไปทุกมื่อ” นางสาว (นามสมมติ)

3) “ต้อง” กินสิ่งที่มี ผู้ป่วยเบาหวานอธิบาย ถึงอาหารการกินของตนเองว่า ต้องกินสิ่งที่มี เลือก ไม่ได้เพราะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่ค่อยดี อาหารที่กินส่วนมากจะเป็นอาหารพื้นเมืองอีสาน ในพื้นที่อำเภอัญญาศิริ จะรับประทานข้าวเหนียวเป็น อาหารหลัก แม้จะได้รับคำแนะนำให้รับประทาน ข้าวขาว แต่ด้วยความไม่คุ้นชิน ผู้ป่วยยังคงรับประทาน ข้าวเหนียวในชีวิตประจำวัน หากจะรับประทาน ข้าวขาวต้องไปซื้อ ซึ่งสำหรับผู้ป่วยที่เศรษฐกิจทาง เศรษฐกิจไม่ดีแล้ว ก็ยากที่จะไปซื้อหามาได้ ดังนั้น จึงต้องกินในสิ่งที่มีเป็นหลัก วัตถุประสงค์ในการทำอาหาร มาจากทั้งที่ปลูกเอง หาเก็บจากธรรมชาติ หรือซื้อหา จากตลาด ร้านค้าในหมู่บ้าน รถขายของที่เข้ามา ในหมู่บ้าน บางครั้งก็ได้มาจากการแบ่งปันกันเพราะ สังคมที่ผู้ป่วยอยู่นั้นยังเป็นสังคมที่มีการแบ่งปันกัน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง นำมาให้อย่าง

ประเด็นของการกินสิ่งที่มีที่ปรากฏจากการ วิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญได้แก่ อาหารที่นำมาจากงาน บุญหรือวัด ซึ่งในพื้นที่จะมีงานบุญตามประเพณีที่ เรียกว่า “ฮิตสิบสองกองสิบสี่” ซึ่งจะมีการทำอาหารไป

วัดหรือเอาไว้กิน แจกจ่ายกัน เช่น ข้าวเม่า (กระยา สารท) ขนมนเส้น (ขนมจีน) ข้าวต้มมัด ขนมนใส่ไส้ ลอดช่อง เป็นต้น การกินสิ่งที่มีอยู่อีกประเด็นหนึ่งที่ ปรากฏคือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานกินสิ่งที่ชอบคือ กาแฟ (กาแฟแบบ 3 in 1) ที่ผู้ป่วยบอกว่าเป็นสิ่งที่ดีที่ไม่ได้ ไม่ได้อีกก็จะรู้สึกหงุดหงิด ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำงาน

“ยามมีงานบุญงานเลี้ยงฉลอง ก็จะมีการ ทำขนมเส้นเลี้ยงกัน ผมมักหลายกินทุกมื่อกะได้ กินผุ เดียว 2 โลกะได้ สำหรับผมมันเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ถ้าให้เลิกของหวานกับขนมเส้น ผมขอเลิกขนมเส้น ลาบวักกับขนมเส้นผมขอเลิกขนมเส้นคือเก่า” นายพล (นามสมมติ)

“หน้าบ้านฉันมีต้นบักขามหวาน มันดก กะบายกับข้าวเหนียว กินบักขามหวานบายกับข้าว เหนียวกินแล้วกะแล้วเลย เคยได้นอน โรงพยาบาลเพื่อ หนึ่ง น้ำตาลขึ้น กะหย่อนบักขามหวานนิละ” นางสาว (นามสมมติ)

“ฉันกะบ่ได้ละอ้อหยังดอกกินได้ทุก อย่าง จังหวานนี้ถ้าเหนื่อยฉันก็กินทุกอย่าง ของหมัก หลายกะซุบหน่อไม้ ซุบบักเขือ แต่ต้องกินกับข้าว เหนียวเค็มมันถึงจะเข้ากัน” นางหวาน (นามสมมติ)

4) “ต้อง” เบี่ยงแยงครอบครัว การวิเคราะห์ ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาระที่ต้อง ดูแลคนในครอบครัวด้วย ทั้งในแง่ของการอยู่เฝ้าบ้าน เพื่อให้ลูกที่อยู่ในวัยทำงานไปทำงานนอกพื้นที่จังหวัด ที่บางคนไปกลับ บางคนไปทำงานเป็นช่วงระยะเวลา 3-4 เดือน การหารายได้จุนเจือครอบครัว เป็นค่าอาหาร ค่างานสังคม ค่าใช้จ่ายสำหรับหลานไปโรงเรียน ผู้ป่วย เบาหวานยังมีการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลพี่น้อง



ที่เจ็บป่วย เช่น เป็นโรคเส้นเลือดสมองแตก เป็นต้น บางคนต้องเลี้ยงดูหลาน เหล่านี้นับเป็นกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องให้การดูแลครอบครัว

“ฉันเลี้ยงหลานสาวอายุ 5 ปี พ่อแม่เขาไปทำงานที่กรุงเทพ เลี้ยงมาตั้งแต่เกิด ตอนนี้นำเข้าโรงเรียนแล้ว ก่อนฉันจะไปรับจ้างตัดอ้อยกะต้องส่งหลานไปโรงเรียนก่อน ได้เงินมาหลานก็ชอกินขนม และเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ตอนนี้อยู่ด้วยกัน ตายาย หลานน้อย และก็มีบ้านลูกชายแยกครอบครัว ไปอยู่บ้านใกล้ใกล้กัน” นางสาว (นามสมมติ)

“ฉันอยู่บ้านหลังเดียวกับย่า (แม่สามี) อายุ 90 ปี แล้ว ได้ดูแลย่า เพราะที่บ้านอยู่ด้วยกัน สามคน ฉันอายุ 64 ปี สามี 68 ปี และย่า อายุ 90 ปี มีแต่ผู้เฒ่าดูแลกัน ลูกหลานก็ไปเสดงาน ฉันก็เครียดอยู่ แม่ของฉันอยู่บ้านอีกหลังหนึ่งแต่ตอนกลางคืนต้องไปนอนเฝ้าแม่ที่ป่วยเป็น โรคความจำเสื่อม แม่ฉันอายุ 88 ปี เวลาแม่บอกรับฟังฉันแห่งเครียด แม่ฉันเคยลัทธิหนีออกจากบ้านตอนกลางคืนเพื่อหนี ยานแม่หนีอีก ตอนนี้ก็จะเลยต้องนอนเฝ้าทุกวัน ยามกลางคืนก็จะลือค ประตุไว้ยามแม่ลัทธิหนี” นางหวาน (นามสมมติ)

“รายได้หลักของครอบครัวผมก็คือการที่ผมไปรับจ้างก่อสร้างบ้านให้เพิ่น รายได้ก็จะเลี้ยงครอบครัวได้ ส่งเสียลูกเรียน ลูกชายกับลูกเขยกะบ่ได้เสดหยังดอกอยู่นำพ่อแม่ไปเสดไร่เสดนาเน” นายนพ (นามสมมติ)

5) “ต้อง” ติดตามข่าวสาร ผู้ป่วยเบาหวาน เล่าว่า ในแต่ละวันตนเองจะต้องดูข่าวสารบ้านเมืองจากทีวี รับฟังการประกาศจากหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ค้นหาความรู้จากอินเทอร์เน็ตหรือโทรศัพท์ รวมถึงการ

แสวงหาวิธีการรักษาที่เป็นทางเลือก ในแต่ละวันจะใช้เวลาในการหาข้อมูลหรือติดตามข่าวสารตั้งแต่ตื่นจนถึงเข้านอน สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการติดตามข่าวสารต่างๆ ทั้งข่าวสารบ้านเมือง ข่าวสารของชุมชน ต้องแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานของตนเอง การหาข้อมูลในการรักษาโรคเบาหวานจากทางเลือกต่างๆ รวมถึงข่าวสารทั่วไป

“เวลาวางผมกะเบิ่งโทรศัพท์ เล่นไลน์ เน เบิ่งยูทูปเน เบิ่งข่าวสารทั่วไปเน เหตุการณ์บ้านเมือง เบ่งหมอลำเน เบิ่งได้เบิดมือ หลังเพื่อเวลาฟังรายการวิทยุเขาโฆษณา ขายยา รักษาโรคเบาหวาน โรคไต แต่ผมบ่กล้ากินยานีผิดโรคไต แล้วก็คิดว่าถ้ามันดีจริงมันก็จะบ่มาโฆษณา ในวิทยุออกโรงพยาบาลเพิ่นก็ต้องเอามารักษาคน ก็เลยบ่ซื้อ กินแต่ยาโรงพยาบาล” นายปรีชา (นามสมมติ)

“ผม(เพื่อน)ที่เป็นเบาหวานบ้านหนองขาม เพิ่นกะเว้าให้ฟังว่า มียาดี กินแล้วรักษาโรคเบาหวานได้ เพิ่นก็แนะนำให้ฉันกินอยู่ ฉันกะบ่กล้าซื้อมากิน ราคาแพงตั้งเป็นพัน เห็นตอนแรกที่เขา กินยาที่ทรงดีอยู่ บาดนี้ไปตรวจน้ำตาล จากน้ำตาล 200 ขึ้นเป็น 500 ฉันก็เลยบ่กล้ากิน แล้วก็มิโฆษณาหลายๆ ในวิทยุ โทรศัพท์ อันนี้ฉันกะซื้อมา ให้หลานโทรสั่งให้เบิ่งในโทรศัพท์ เขาอามาส่งหอดบ้าน เป็นน้ำมันหยดใส่มือแล้วกะทา หม่องที่ปวด ทาแล้วก็คืออยู่เด้อเอาไปให้มูที่เพิ่นปวดแข็งปวดขาเพิ่นทานำเพิ่นก็ว่าคืออยู่เด้อ (ผู้ป่วยเอายามาให้ดูพบว่าเอาไว้รับประทาน ไม่ใช่ใช้ทา) ” นางหวาน (นามสมมติ)



“แต่ก่อนที่จะเป็นโรคไตผมกินอาหารเสริมลูกหมูที่เป็นเพื่อนกันเอามาขายบอกว่ามันดีกับโรคเบาหวาน ขวดละพันกว่าบาท กินแล้วไปตรวจเลือดค่าไตแย่ง ตอนนั้นผมสูญเสีย ไผ่เอายังมาขายผมบั้งซื้ออีกเลย ตอนนั้นผมฟอกไต กินนมเนฟโฟมันเป็นนมเฉพาะคนไข้ฟอกไตกินแล้ว ทดแทนเกลือแร่สารอาหารจากการฟอกไต ผมมาซื้อในตัวเมืองขอนแก่นซื้อไปเป็นลัง กระป๋องละ 110 บาท กินอาทิตย์ละ 3 กระป๋อง” นายเทพ (นามสมมติ)

6) “ต้อง” ร่วมกิจกรรมชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานอธิบายถึงภารกิจของตนเองอีกอย่างหนึ่งคือ การที่ต้องร่วมกิจกรรมชุมชน ไม่ว่าจะเป็นงานบุญงานศพ ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุจะไปร่วมปฏิบัติธรรม/จำศีล/ทำสมาธิที่วัด มีการเข้าร่วมประชุมประชาคมในกรณีที่มีการเรียกประชุม ผู้ป่วยเบาหวานบางคนเป็น อสม. ก็ต้องทำหน้าที่ของ อสม.ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอาชีพของชุมชน เป็นต้น

“ฉันจะไปวัดคู่ไปทุกสัปดาห์ พระเพิ่นกะสอนให้สวดมนต์ นั่งสมาธิ ไปก็ได้อยู่สบายใจเวลาไปวัดกะพอกับบุญกับพวก ได้ว่าได้เห็นกันกะม่วนกะสบายใจ” นางทุม (นามสมมติ)

“บ้านผมอยู่ติดวัด ยามบุญคนกะไปรวมกันที่วัดแตกโทดๆ แต่ก่อนผมแห้งเป็นคนมักม่วน มักเสดกิจกรรมในหมู่บ้านตอนนี้ก็ยังไปวัดทุกวันพระ แต่บั้งได้ไปจำศีลดอก แล้วก็ใส่บาตรตอนเช้าทุกวัน รู้สึกดีขึ้นถ้าได้ไป ไปพอมได้ว่าได้อยู่กัน” นายปรีชา (นามสมมติ)

“งานบุญฉันจะไปตลอด บุญบ้านเรา เช่น เข้าพรรษา ออกพรรษา กฐิน ผ้าป่า บุญข้าวสารทไปทุกบุญ ถ้าช่วงบุญมีเวียกมีงาน เราก็ต้องหยุดเวียก เพราะฉันคิดว่าต้องไปเสดบุญ ผุดตายไปแล้วจะได้จะได้กิน ยานผูล่วงลับบั้งได้อยู่ได้กินกะเลยต้องไปเวียกงานเอาไว้ก่อน” นางคอกไม้ (นามสมมติ)

จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ผสมผสานกันไปทั้ง “6 ต้อง” โดยจะทำกิจกรรมใดมากน้อยแตกต่างกันไป

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยผู้ป่วย “ต้อง” มีการดำเนินชีวิตตามบริบทสังคมวัฒนธรรม รวมถึงการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6 อย่างคือได้แก่ 1.ต้องกำกับโรค, 2.ต้องหาอยู่หากิน, 3.ต้องกินสิ่งที่มิ, 4.ต้องเบี่ยงแยงครอบครัว, 5.ต้องติดตามข่าวสาร, และ 6.ต้องร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถแยกออกจากบริบทสังคมวัฒนธรรมได้ ผู้ป่วยผสมผสานความเป็น “คนในพื้นที่” และ “คนเป็นเบาหวาน” เข้าด้วยกัน สอดรับกับแนวคิด/ทฤษฎี ความหลากหลายและความเป็นสากลของการดูแลเชิงวัฒนธรรม⁽⁸⁾ ที่อธิบายไว้ว่า มิติโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของมนุษย์ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน วัฒนธรรมมีความใกล้ชิดกับความเจ็บป่วยของมนุษย์ โดยเมื่อบุคคลดำรงตนอยู่ในสังคมใดก็ตามย่อมมีการปรับตัวและแสดงออกเพื่อให้ตนเองอยู่ภายใต้สังคมนั้นๆ ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดังกล่าวย่อมจะมีผล



ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบดูแลพื้นบ้าน (folk care) และ ระบบการดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ (professional health care system) พยาบาลจึงต้องมีการเชื่อมโยงทั้ง 2 ระบบเข้าด้วยกัน มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เสนอแนะแนวทางที่ใช้ในการตัดสินใจของผู้รับบริการ ได้แก่ การคงไว้ การปรับปรุง หรือการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพของบุคคล ดังนั้นแล้ว วิถีชีวิตการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น จึงได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมในท้องถิ่น ปรากฏให้เห็นได้จาก การอยู่การกินการทำงาน กิจกรรมประจำวันเครือข่ายสังคม ความเชื่อ การหาวิธีการในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งชี้ให้เห็นจากผลการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 6 ต้อง ได้แก่ 1. ต้องกำกับโรค, 2. ต้องหาอยู่หากิน, 3. ต้องกินสิ่งที่มี, 4. ต้องเบี่ยงเบนครอบครัว, 5. ต้องติดตามข่าวสาร, และ 6. ต้องร่วมกิจกรรมในชุมชน ในขณะที่เดียวกันจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยก็ต้องปรับพฤติกรรมตนเอง แต่ยังคงอยู่บนพื้นฐานสังคมวัฒนธรรมในพื้นที่ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว ย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพ การขึ้นลงของระดับน้ำตาล และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดตามมาของผู้ป่วยได้ เช่นกัน ดังนั้น จากบริบทสังคมวัฒนธรรม⁽⁸⁾ ที่มีความสุขทำให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องมีความเข้าใจการผสมผสานระหว่างความเป็น “คนในพื้นที่” และ “คนเป็นเบาหวาน” โดยเข้าใจ วิถีเชิงวัฒนธรรมที่มีผลต่อการปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความเหมาะสมกับประเด็นวิถีชีวิต

6 ต้อง ดังกล่าวไปข้างต้น เสนอแนะแนวทางที่ให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจและปฏิบัติต่อผู้รับบริการ ได้แก่ คงไว้ ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงสุขภาพของบุคคล ให้สอดคล้องกับวิถีเชิงสังคมวัฒนธรรม เพื่อรักษาไว้ซึ่งสภาพความมีสุขภาพที่ดีและการดำเนินชีวิตที่พึงพอใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีการกำกับโรค (1) “ต้อง” กำกับโรคเพื่อให้เห็นว่าประเด็นจากผลการวิเคราะห์และนำมาอภิปรายผลนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี ทองเพชร และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน มีการนำวัฒนธรรม ภูมิปัญญา มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ก็ยังมีการรักษาร่วมกันกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการมาพบแพทย์ตามนัด และการมารับยาต่อเนื่อง พบว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในประเด็นผู้ป่วยเบาหวานต้องหาอยู่หากิน (2) “ต้อง” หาอยู่หากิน พบว่าการศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร⁽⁴⁾ ก็พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นคนภาคอีสาน ถึงแม้จะเจ็บป่วยแต่ผู้ป่วยก็ต้องทำอันเป็นอาชีพหลักของผู้ป่วย ผู้ที่ไม่สามารถทำนาได้ก็จะทำงานอย่างอื่น เช่น ผู้สูงอายุก็ยังทำหัตถกรรมต่างๆ พื้นบ้าน เช่น การสานกระติบสานตระกร้า เป็นต้น ในประเด็นผู้ป่วยเบาหวานต้องเบี่ยงเบนครอบครัว (3) “ต้อง” เบี่ยงเบนครอบครัว พบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร⁽⁴⁾ ที่พบว่า โดยลักษณะของครอบครัวอีสานแล้ว คนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน และถึงแม้ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีโรคประจำตัว แต่ก็ยังสามารถดำรงตนให้เป็นประโยชน์



ต่อครอบครัว ในรูปแบบต่างๆ เช่น การไปส่งหลาน รับหลานไปโรงเรียน การทำอาหาร ฝึบ้าน การปลูกผักสวนครัว และการทำงานทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ในประเด็นผู้ป่วยเบาหวานต้องติดตามข่าวสารต่างๆ (4) “ต้อง” ติดตามข่าวสารต่างๆ นั้น สอดรับกับการศึกษาของ วรวรรณ จันทน์เมือง และ นุชยา สังขชาติ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า เหตุผลที่มีการเลือกใช้แพทย์ทางเลือกหรือการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ เนื่องจาก การได้รับคำแนะนำจากบุคคลหรือสื่อรอบตัว เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ สื่อโทรทัศน์ โฆษณา สิ่งพิมพ์และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร⁽⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสนใจ และทำตามคำบอกเล่าของเพื่อนเท่ากับข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ ในประเด็นผู้ป่วยเบาหวานต้องกินสิ่งที่มี (5) “ต้อง” กินสิ่งที่มี ด้วยเศรษฐกิจฐานที่ไม่ค่อยมีรายได้ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องกินสิ่งที่หาได้หรือสิ่งที่มีการแบ่งปันกัน สอดรับกับการศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร⁽⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในภาคอีสานจะ “กินทุกอย่างที่ปลูก ปลูกทุกอย่างที่กิน” ตามวิถีชนบท การรับประทานอาหารเน้นอาหารการรับประทานอาหารจากธรรมชาติ ผักปลาที่หาได้ในท้องถิ่น รวมถึงประเด็นผู้ป่วยเบาหวานต้องร่วมกิจกรรมชุมชน (6) “ต้อง” ร่วมกิจกรรมชุมชน ที่ตนเองเป็นสมาชิกของชุมชน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร⁽⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีต่างๆ เช่น กิจกรรมทางศาสนาตักบาตร ฟังธรรมเทศนา โดยวัดเป็นศูนย์กลางในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วย “ต้อง” ดำเนินวิถีชีวิตตามบริบทสังคมวัฒนธรรมคนอีสาน ไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสถานะสุขภาพเป็น “ผู้ป่วย” ก็ตาม แต่หากพบว่าผู้ป่วยพยายามบูรณาการความเป็นคนในพื้นที่เป็นผู้ป่วยเข้าด้วยกันเพื่อให้ตนเองดำรงตนอยู่ในครอบครัวและสังคมวัฒนธรรมของตนเองให้ได้

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษากครั้งนี้คือ พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และใช้ประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาเป็นฐานของการดูแล รวมถึงควรมีการศึกษาผลของการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่มีผลต่อการควบคุมพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่อนุญาตให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งต่อความกรุณาอย่างมาก ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กล้าเพชญ์ โชคบำรุง อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมัญจาคีรี และบุคลากรเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่สนับสนุนช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. สมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ. เจาะลึกกระบวนสุขภาพ พ.ศ. 2560 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. เจาะลึกกระบวนสุขภาพ พ.ศ. 2560 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>.
3. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การศึกษาและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน บนพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. (บทความวิจัย). มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
4. สุริย์ ธรรมมิกบวร, จารุวรรณ ชูปวา, นุชจมาน แก้วดี, สาวิตรี สิงสาด และไพลิน พิณทอง. การศึกษาการนำใช้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. 2557: 1-3. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/04022015.pdf>.
5. ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย (Thailand information center). ข้อมูลประชากรอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี. [ออนไลน์]. [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://khonkaen.kapook.com>.
6. JM Morse and PA Field. The application of qualitative approaches. Nelson Thornes Ltd; New edition: 2002.
7. DF Polit and CT Beck. Nursing research and methods. 7th edition Philadelphia: Lippincott William & Wilkins: 2004.
8. MM Lieninger & MR Mc Farland. Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice. 3rd ed. New york: MC Graw-Hill: 2002.
9. เพ็ญศรี ทองเพชร, ชลิดพร หิตอักษร, ไสริศร์ย์ แพน้อย, ปิยะธิดา ชุ่มฉิม, พูนศรี จินด้าง. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562; 35(3): 112-119.
10. วรวรรณ จันทวีเมือง, บุญยา สังขชาติ. การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ภายใต้อุปนิสัยสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. 2557; 1(3): 15-35.
11. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมัญจาคีรี. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ปี 2563. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมัญจาคีรี. [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564].



การศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

A STUDY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE AND PULMONARY FUNCTION OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE TREATED IN MAHARAT NAKHON RATCHASIMA HOSPITAL

Received: August 10, 2021

Revised: September 21, 2021

Accepted: October 10, 2021

ปัญญาดา แก้วรัตน์¹, กล้าเผชิญ โชคบำรุง²

Panyada Kaewrat¹, Klaphachoen Shokebumroong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และ สมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึงเดือน เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าต่ำสุด สูงสุด ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ ระดับทักษะ และระดับสมรรถภาพปอด ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.1, 94.8 และ 68.4 ตามลำดับ) ส่วนระดับการปฏิบัติตัว ส่วนมากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 72.0) การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องสร้างเสริมความรู้และทักษะของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดี เพื่อการปฏิบัติตัวให้คงอยู่ในระดับดีอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยอยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐาน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ความรู้, ทักษะ, การปฏิบัติตัว, สมรรถภาพปอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Professional nurse, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

² Assistant professor, Adult Nursing, Nursing Faculty, Khon Kaen University



Abstract

This research was a descriptive study. The objectives of this research were to study the knowledge, attitude, practice and pulmonary function of patients with chronic obstructive pulmonary disease treated at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The study was conducted in a sample of 193 chronic obstructive pulmonary disease patients. Data were collected between March 2021 and April 2021. The instrument used to collect data was a questionnaire. Data were analyzed using statistical analysis, minimum, maximum, frequency, percentage, mean, standard deviation and correlation analysis using Pearson's correlation coefficient test. The results showed that knowledge level, attitude level and pulmonary function level Most of them were moderate (60.1, 94.8 and 68.4 %, respectively). Most were in good level (72.0%). Performance was not statistically significantly positively correlated with lung function at the .05 level. The researcher has a proposal patient care providers must foster patient knowledge and attitudes to be at a good level in order to continue to perform at a good level make the patient's pulmonary function at the standard level.

Keyword: COPD patients, Knowledge, Attitude, Practice, Pulmonary function (FEV1)

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง โดยสาเหตุหลักของการเกิดคือการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่เข้าไป เกิดการทำลายเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่เรียกว่า emphysema และ pulmonary fibrosis⁽¹⁾ กล้ามเนื้อหลอดลมจะไวต่อสิ่งกระตุ้นและเกิดการหดเกร็งจนทำให้ออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์เข้าออกอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ ปัจจุบันมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในปี พ.ศ.2561 ในเขตบริการสุขภาพ 12 เขต มีคนไทยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 169,009 คน⁽²⁾ สำหรับ

ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยมารับการรักษา 1,457 คน 1,512 คน และ 1,635 คน ตามลำดับ⁽³⁾

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องมีการดูแลตนเอง โดยหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการกำเริบของโรค ผู้ป่วยต้องใช้ยาพ่นลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหลอดลม ในผู้ป่วยบางคนอาจจะต้องรับประทายรักษาด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและฝึกให้ใช้ยาพ่นทุกคน โดยคาดหวังว่าเมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีและเหมาะสมแล้ว น่าจะทำให้สมรรถภาพปอดไม่แย่ลงกว่าเดิม⁽⁴⁾ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยใช้สื่อการสอน เช่น แผ่นพับ การให้สุขศึกษา



รายกลุ่ม/รายบุคคล การให้คำปรึกษา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบางคนปรากฏว่า ผู้ป่วยรู้และอธิบายโรคที่ตนเองเป็นไป รวมถึงนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม อย่างไรก็ดี จากการประเมินสมรรถภาพปอดทุก 3-6 เดือน ตามที่ผู้ป่วยมาได้รับการรักษาตามนัด พบว่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยกลับมีแนวโน้มแย่ลง หากพิจารณาถึงผู้ป่วยปฏิบัติตัวแล้ว น่าจะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยคงที่หรือไม่แย่ลงเร็วเกินไป ดังนั้นจึงเกิดคำถามว่า การปฏิบัติและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมาเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร ตลอดจนการปฏิบัติตัวและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในลักษณะส่วนบุคคลนั้นเป็นอย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาดังกล่าว โดยคาดหวังว่าจะสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับการปฏิบัติตัว และระดับสมรรถภาพปอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวและสมรรถภาพปอด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ณ คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือน เมษายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาได้รับการรักษาที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา โดยในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยมาได้รับการรักษาทั้งสิ้น 1,635 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบสหสัมพันธ์ ของ โพลิตและฮอลล์(6) ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณลักษณะต่อไปนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่าง (1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง (2) สื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้ (3) ไม่เป็นผู้ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ เช่น เป็นโรคซึมเศร้า มีความเครียดสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติต่อโรคและการรักษา และการปฏิบัติตัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และแบบบันทึกค่าสมรรถภาพปอด ดังนี้



1. แบบสอบถามความรู้ต่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 ข้อ มีค่าความเที่ยงจากการทดสอบด้วยการหาสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.93 สอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเด็นสาเหตุ อาการและอาการแสดงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่”

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการรักษา จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงจากการทดสอบด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วย” “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติตัว จำนวน 15 ข้อ ค่าความเที่ยงจากการทดสอบด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 สอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค การป้องกันการกำเริบของโรค เลือกตอบ “ไม่ปฏิบัติ” “ปฏิบัติเล็กน้อย” “ปฏิบัติปานกลาง” “ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่” “ปฏิบัติเป็นประจำ” ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

4. แบบบันทึกค่าสมรรถภาพปอด โดยบันทึกค่า ค่าตรวจสมรรถภาพปอด FEV1, FVC, FEV1/FVC ที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามปกติเมื่อมาติดตามการรักษา⁽⁴⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2564 โดยผู้วิจัยแจก

แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบและนำส่งใส่กล่องที่ผู้วิจัยจัดไว้ให้ ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการดังนี้

1. ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อเข้าทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยโรคระบบทางเดินหายใจและแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเพื่ออธิบายรายละเอียดการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ห้องตรวจแจ้งต่อผู้ป่วยว่ามีโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสนใจที่จะเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายรายละเอียดการทำวิจัยและแจกแบบสอบถาม โดยไม่ต้องลงนามในเอกสารการยินยอม แต่ใช้วิธีการยินยอมโดยการปฏิบัติ (consent on action) หากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและนำส่งในกล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ถือว่าผู้ป่วยยินยอมในการเป็นอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642009 และ



โรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา เลขที่
ใบรับรอง 007/2021

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.9) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 39.9) อายุเฉลี่ย 64.5 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.3) มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 71.5)

มีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 96.9) เฉลี่ย 3.5 ปี มีโรคร่วม 1-2 โรค (ร้อยละ 52.3) สำหรับชนิดการรักษากลุ่มตัวอย่าง มีการรักษาด้วยการให้ยาพ่น (ร้อยละ 69.4) มีระดับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นอย่างดี (ร้อยละ 52.3) มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเล็กน้อย (ร้อยละ 50.2) การรับรู้ระดับความเล็งของโรคปานกลาง (ร้อยละ 39.9) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=193)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ - ชาย	162	83.9
- หญิง	31	16.1
อายุ ค่าที่สุด 40 ปี สูงที่สุด 89 ปี เฉลี่ย 64.5 ปี SD = 10.49		
- 40-50 ปี	20	10.4
- 51-60 ปี	28	14.5
- 61-70 ปี	76	39.3
- 71-80 ปี	55	28.5
- มากกว่า 80 ปี	14	7.3
สถานภาพสมรส - โสด	15	7.8
- คู่	161	83.4
- หม้าย-หย่า-แยก	17	8.8
ระดับการศึกษา - ประถมศึกษา	138	71.5
- มัธยมศึกษา	14	7.3
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	0.5
- อนุปริญญา	6	3.1
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	34	17.6
อาชีพ - ไม่ได้ประกอบอาชีพ	99	51.3
- เกษตรกรรม	39	20.2
- รับราชการหรือข้าราชการบำนาญ	23	11.9
- พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทห้างร้าน	6	3.1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=193) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	5.2
- รับจ้าง	16	8.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย - ต่ำที่สุด 1 ปี สูงที่สุด 6 ปี เฉลี่ย 3.5 ปี SD = 0.17		
- น้อยกว่า 5 ปี	187	96.9
- 5-10 ปี	6	3.1
โรคร่วม - ไม่มี	53	27.5
- 1-2 โรค	101	52.3
- มากกว่า 2 โรค	39	20.2
ชนิดของการรักษา - รักษาด้วยการให้ยารับประทาน	10	5.2
- รักษาด้วยการให้ยาพ่น	134	69.4
- รักษาด้วยยารับประทานและยาพ่น	49	25.4
การรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
- ได้รับการสนับสนุนอย่างดี	101	52.3
- ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	91	47.2
- ไม่ได้ได้รับการสนับสนุน	1	0.5
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว - ไม่มีอุปสรรค	54	28.0
- มีอุปสรรคเล็กน้อย	97	50.2
- มีอุปสรรคมาก	42	21.8
การรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค - ไม่มีความเสี่ยง	9	4.6
- มีความเสี่ยงเล็กน้อย	54	28.0
- มีความเสี่ยงปานกลาง	77	39.9
- มีความเสี่ยงมาก	53	27.5

2. คะแนน และ ระดับ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอด

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ อยู่ระหว่าง 6-13 คะแนน เฉลี่ย 9.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.1)

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการปฏิบัติตัว อยู่ระหว่าง 20-46 คะแนน เฉลี่ย 33 คะแนน จาก

คะแนนเต็ม 50 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับทักษะการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.8)

2.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัว อยู่ระหว่าง 37-73 คะแนน เฉลี่ย 55 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 72.0)



2.4 กลุ่มตัวอย่างมีค่าสมรรถภาพปอด (FEV1) อยู่ระหว่าง 33-93 % predicted เฉลี่ย 63 % predicted กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมี

ระดับสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพิสัยคะแนนและระดับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและสมรรถภาพปอด(n = 193)

ตัวแปร	พิสัยคะแนน					ระดับ					
						ดี		ปานกลาง		ต่ำ	
	เต็ม	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	SD	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	15	6	13	9.5	1.73	77	39.9	116	60.1	-	-
ทักษะ	50	20	46	33	4.41	10	5.2	183	94.8	-	-
การปฏิบัติตัว	75	37	73	55	6.42	139	72.0	54	28.0	-	-
สมรรถภาพปอด(FEV1)	> 81	33	93	63	13.29	40	20.7	132	68.4	21	10.9

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวกับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการ

ปฏิบัติตัวกับสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาพบว่าการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวกับสมรรถภาพปอด

ตัวแปร	สมรรถภาพปอด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การปฏิบัติตัว	.128	.075

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติตัวพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติตัว เป็นดังนี้

4.1 ความรู้ อายุ อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษา การรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ทักษะ ทักษะ การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



4.4 สถานภาพสมรส การรับรู้อุปสรรค
ในการปฏิบัติตัว การรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค

มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลบาง
ประการกับการปฏิบัติตัว

ตัวแปร	การปฏิบัติตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความรู้	-.104	.149
ทัศนคติ	.084	.245
เพศ	.014	.847
อายุ	-.009	.902
ระดับการศึกษา	.234*	.001
สถานภาพสมรส	-.143*	.048
อาชีพ	-.010	.892
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.067	.351
การมีโรคร่วม	.089	.221
ชนิดของการรักษา	-.088	.223
การรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว	-.100	.167
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว	-.182*	.011
การรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค	-.214*	.003

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 193 คนพบว่า มี
ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.1
และระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
94.8 ส่งผลทำให้ระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี
ถึงร้อยละ 72.0 อีกทั้งระดับสมรรถภาพปอดของ
กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4)
และความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวกับ
สมรรถภาพปอด พบว่า การปฏิบัติตัวมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพปอดอย่าง
ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.128$,
 $p=.075$) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ
และการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
สมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ($r=.084$, $p=.245$) ความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์
ทางลบกับสมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.104$, $p=.149$) และ
ปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวก



กับการปฏิบัติตัว ได้แก่ เพศ การมีโรคร่วมและระดับการศึกษา ($r=.014$, $r=.089$, $r=.234^*$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษา การรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว การรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค ($r=-.009$, $r=-.143^*$, $r=-.010$, $r=-.067$, $r=-.088$, $r=-.100$, $r=-.182^*$, $r=-.214^*$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอด

1.1 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ ในขณะที่เดียวกันห้องตรวจได้จัดหาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไว้ให้ผู้ป่วยศึกษาด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคที่เป็น ตลอดจนการรักษาที่ตนเองได้รับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยจำนวนมากที่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนสืบค้นความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนั้นทั้งในส่วนของการให้ความรู้ของหน่วยงานและการศึกษาและสืบค้นความรู้ของผู้ป่วย จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ระดับความรู้ของผู้ป่วยเป็นดังที่ปรากฏได้

1.2 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับทัศนคติในระดับปานกลาง ผู้วิจัยเชื่อว่า จากการที่ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดมุมมองต่อตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้นจึงเป็นมุมมองที่ดี ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนมากยังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยค่อนข้างน้อยโดยน้อยกว่า 5 ปี (เฉลี่ย 3.5 ปี) เท่านั้น ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาด้วยการให้ยาพ่น ซึ่งหมายถึงการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนมากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้ป่วยมองว่ามีอุปสรรคเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง และยังมีมองอีกว่าระดับความเสี่ยงจากการเป็นโรคนี้นั้นมีระดับความเสี่ยงเล็กน้อยถึงปานกลาง

1.3 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับการปฏิบัติตัวในระดับดี ผู้วิจัยเชื่อว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น มีผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.3) ไม่มีโรคร่วม และกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 96.9) ทำให้สามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ดี เนื่องจากไม่มีอาการกำเริบของโรคเข้ามาเป็นอุปสรรคในระหว่างการรักษา และที่สำคัญการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวพบว่า ร้อยละ 52.3 ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากครอบครัว และยังมี การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 50.2) ทำให้มีระดับการปฏิบัติตัวที่ดี ทำให้ผลการปฏิบัติตัวออกมาในระดับที่ดี



1.4 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับสมรรถภาพปอดในระดับปานกลาง ผู้วิจัยเชื่อว่า ในส่วนของระดับสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) ซึ่งระดับของสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมอาการจากความเสี่ยงและการกำเริบของโรคได้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีผู้ดูแล ไม่มีโรคร่วม อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางของการรักษา ซึ่งในกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการหรือชนิดของการรักษาส่วนใหญ่ใช้ยาพ่นร้อยละ 69.4 ซึ่งเนื่องจากการรักษาตามแนวทาง Gold Guideline (2021)⁽⁶⁾ ได้แนะนำการใช้ inhaled corticosteroid (ICS) ทันทีที่มีการวินิจฉัยซึ่งทำให้ระดับของสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางดังที่ปรากฏ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวกับสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับสมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยเชื่อว่า จากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีทัศนคติที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวซึ่งจะเห็นได้จากระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ส่วนมากอยู่ในระดับดี ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งสมรรถภาพปอดได้ สอดรับกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Klein (1991) และการจำแนกการเรียนรู้ของ Bloom⁽⁵⁾ กล่าวว่า การเรียนรู้ (learning) คือ กระบวนการของ

ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร อย่างไรก็ตาม ระดับสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยส่วนมากกลับอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางต่ำ เมื่อพิจารณาถึงอายุพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นวัยสูงอายุ มีการเสื่อมของอวัยวะ และสมรรถภาพปอดที่จะลดลง ดังนั้น จึงปรากฏสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลางก่อนไปทางต่ำ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้ ผลการศึกษาในประเด็นนี้ สอดรับการวิจัยอื่นในการทำงานเดียวกัน ในความสัมพันธ์กับกระบวนการสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลง มีผลต่อระดับสมรรถภาพปอดที่ลดลง⁽⁷⁾ และการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านร่วมกับการคัดกรองตรวจคัดด้วยแผ่นยางยืดขณะหายใจออกต่อสมรรถภาพปอด⁽⁸⁾ กล่าวว่า สมรรถภาพปอดลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เสื่อมสภาพ เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อสมรรถภาพปอดที่ลดลง

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยด้านส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติตัว

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับการปฏิบัติตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 60.1) มีระดับความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง และระดับการปฏิบัติตัวอยู่ระดับดี (ร้อยละ 72.0) ซึ่งอธิบายได้ว่า การศึกษานี้กลุ่ม



ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่มีครอบครัวดูแล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้⁽⁹⁾ พบว่า การได้รับรู้แรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แต่ในการศึกษานี้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากที่เป็นผู้สูงอายุ อาจเป็นไปได้ว่า หากไม่ได้รับการกระตุ้นหรือรับรู้ภาวะสุขภาพ ก็ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเอง อีกทั้งการศึกษาผลลัพธ์การจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองและระบายนอนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ⁽¹⁰⁾ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับการปฏิบัติตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติ เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.8 ส่วนระดับการปฏิบัติตัวอยู่ระดับดี ร้อยละ 72.0 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้มีความเชื่อด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดดีขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹¹⁾ โดยกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หากผู้ป่วยมีความเชื่อ (ทัศนคติ) ด้านสุขภาพที่ดี จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษานี้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติตัว

3.3.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัว

1) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 เป็นเพศชายสะท้อนความจริงที่พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีการสูบบุหรี่มากกว่า จะทำให้มีการลดลงของปริมาตร FEV1 ในผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาหาความชุกของการเกิดอาการกำเริบที่มารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบของผู้ป่วย⁽¹³⁾ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะกำเริบคือเป็นเพศชาย แต่การศึกษานี้ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องมาจากเพศชายยังไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตัว

2) การมีโรคร่วม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ระดับนัยสำคัญ .05



กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.3) มีโรคร่วม 1-2 โรค สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยการมีโรคร่วม ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีโรคร่วม 1-2 โรค อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก สะท้อนให้เห็นว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลการมีโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) ระดับการศึกษากับการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ .05 จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.5 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 8.3 โดยทั่วไปการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้ และการปรับพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยกีดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹²⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้และเข้าใจในองค์ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ การรับรู้และการปรับพฤติกรรม

3.3.2 ปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตัว

1) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 64.5 ปี ส่วนระดับการปฏิบัติตัวอยู่ระดับดี ร้อยละ 72.0 ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก มีผู้ดูแล มีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹¹⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ โดยกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม การรับรู้ ประกอบด้วย ความเชื่อและเจตคติที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย มีผลต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ซึ่งการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ

2) อาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ 193 คน พบผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 89.6 จากกลุ่มทั้งเพศชายและหญิง จะเห็นได้ว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ และอยู่บ้าน มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้าน อาชีพ ยังเป็นปัจจัยที่



มีผลต่อการกำเริบที่ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 96.9) ภาวะสุขภาพทางโรคระบบทางเดินหายใจที่แสดงอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการมีความเสื่อมของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างรักษาด้วยการให้ยาพ่นมากที่สุด (ร้อยละ 69.4) เนื่องจากการเป็นารรักษา⁽⁶⁾ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแนะนำให้การใช้ Inhaled corticosteroid (ICS) ทันทีที่มีการวินิจฉัย สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁴⁾ พบว่า ระยะเวลาของโรค เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ มีผลต่อการกำเริบแต่ไม่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) ชนิดของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างมีชนิดของการรักษา กลุ่มตัวอย่าง มีการรักษาด้วยการให้ยาพ่น (ร้อยละ 69.4) นั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มาก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 96.9) ซึ่งภาวะสุขภาพทางโรคระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น มีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามมา⁽¹²⁾

หากพบว่า ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว การรักษาจะแนะนำการใช้ inhaled corticosteroid (ICS) ทันทีที่มีการวินิจฉัย สะท้อนให้เห็นว่า ชนิดของการรักษา กลุ่มตัวอย่าง มีการรักษาด้วยการให้ยาพ่น ไม่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5) การรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็น อย่างดี (ร้อยละ 52.3) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การศึกษาไปข้างหน้า⁽¹⁶⁾ ปัจจัยที่มีอิทธิพลประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

6) สถานภาพการสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.4) สอดคล้องกับศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹¹⁾ พบว่าการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมเกี่ยวกับการปฏิบัติการออกกำลัง



กาย มีผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งผลดีต่อทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตสังคม ด้านร่างกาย ทำให้สามารถป้องกันการดำเนินของโรคที่แย่ลงและบรรเทาอาการของโรค ทำให้มีความทนต่อการปฏิบัติต่อการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อภาวะสุขภาพดีขึ้น

7) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเล็กน้อย (ร้อยละ 50.2) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁶⁾ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันและสามารถทำนายการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นที่บ้านที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

8) การรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค พบว่ามีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรค (ร้อยละ 39.9) ทำให้มีระดับการปฏิบัติตัวที่ดี ซึ่งการรับรู้สถานะสุขภาพและการรับรู้ระดับความเสี่ยงของโรคของตนเอง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี การรับรู้เกี่ยวกับความต้านทานโรคหรือความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ดีจะส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวได้ดีด้วย⁽¹⁷⁾

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอด ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เป็นการศึกษานี้เพื่อให้ทราบและสะท้อนถึงการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการเรียนรู้ตามองค์ประกอบที่เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นฐานของการปฏิบัติตัวเพื่อนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพที่ดีที่สามารถป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการกำเริบของโรค และการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการจำแนกการเรียนรู้ของ Bloom⁽⁵⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ถึงแม้ในการวิจัยครั้งนี้ ความรู้และทัศนคติจะไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและสมรรถภาพปอดก็ตาม แต่การทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับสูงหรือดี ถือเป็นเรื่องสำคัญเพราะจะเป็นฐานในการปฏิบัติตัวที่ดีและเหมาะสม อันจะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น ผู้วิจัยมีข้อเสนอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสร้างเสริมความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดี รักษาสุขภาพการปฏิบัติตัวในระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยอยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐานการรักษา



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์
ผู้เป็นที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราช

นครราชสีมาที่เกี่ยวข้องทุกคน ตลอดจนผู้ป่วย
และผู้ร่วมวิจัย ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุพันธ์ ทองพรหม. ปัจจัยทำนายอาการกำเริบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมิทรราชบุรี]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
2. กระทรวงสาธารณสุข. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://mhrintranet>
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2017). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms-GOLD-2017-FINAL.pdf> [accessed 2020 10 Nov]
5. Choppin BH, Postlethwaite TN. Bloom's Taxonomy. In: Evaluation in Education, Volume 1. (pp. 100-111). [n.p.]: Pergamon Press; 1976.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Available from: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-2021-KEY-CHANGES-SUMMARY-v1.0.pdf> [accessed 2020 10 Nov]
7. ภาวดี วิมลพันธุ์, ขนิษฐา พิศกลาด. ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 23(3): 98-109.
8. พรทิพย์ ศรีโสภ, เสาวนีย์ เหลืองอร่าม. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านร่วมกับการคัดกรองด้วยแผ่นยางยืดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารกายภาพบำบัด 2562; 41(3): 138-47.
9. กาญจนา ไชยเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. [วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมิทรราชบุรี]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.



10. อังคณา บุญลพ. การศึกษาผลลัพธ์การจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองและระยะเวลานอนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2558; 26(2): 68-80.
11. สุมาลิ ฝ่าชาย. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
12. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุง. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
13. ปิยะวรรณ กุลยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, สุดฤทัย รัตนโอภาส. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 3(2): 29-41.
14. อุษา เอี่ยมละออ และคณะ. ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 12(2): 240-252.
15. อรุณวรรณ วงษ์เดิม, สุภาภรณ์ ค้างแพง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557; 9(3): 120-128.
16. วิภาณี คงทน และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การศึกษาไปข้างหน้า. วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(3): 76-90.
17. ชนิดา สุริอาจ. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557; 20(3): 372-387.



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น
DEVELOPMENT OF A CARE SYSTEM FOR PATIENTS
WITH CHRONIC DISEASES AND RENAL COMPLICATIONS
IN KHONKAEN MUNICIPALITY PRIMARY CARE UNIT

Received: August 16, 2021

Revised: September 20, 2021

Accepted: October 04, 2021

อังศุมาลิน กรมทอง¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์²

Ungsumalin Kromthong¹, Wilawan Chomniratt²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก อสม. ประธานชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งสิ้น 57 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติ ดำเนินงานระหว่างเดือนกันยายน 2563 – พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวมีน้อย ระบบฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน หน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ระบบที่ได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1) พัฒนาระบบการให้บริการ 2) จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล 4) อบรมให้ความรู้ อสม.และแกนนำชุมชน

การประเมินผล พบว่า 1) ผลลัพธ์เชิงระบบ หน่วยงานมีระบบบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการพฤติกรรมตนเอง มีฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ภาควิชาการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงร้อยละ 82.37 ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงร้อยละ 60.0 ค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.9

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต, ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Student, Master of Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University..

² Associate Professor of Faculty Nursing, Khon Kaen University.



ABSTRACT

This Action research aimed to analyzing the situations and development of a care system for patients with chronic disease and renal complication in Khonkaen municipality primary care unit. By using the conceptual framework of Expanded Chronic Care Model. The target groups were patients with chronic disease and renal complication, caregivers, health volunteers, community leaders, health service providers, agency executives and local government administration a total of 57 people. A content analysis was used to examine qualitative information. Quantitative data was analyted to obtain descriptive statistic. The research was performed during September 2020 – May 2021.

The results in the stage of situational study revealed that patients lack skills in proper self-health behavior management. The caregivers provided less self - management support of patients. The information systems was not update. The agency does not have clinical practice guidelines. The community had not yet participated in patients care.

Development system 1) Service system development 2) Creating the clinical practice guideline 3) Development information systems 4) Development knowledge and skill of health volunteers and community leader for patients care

The evaluation found that 1) systematic results the agency has a service system that encourages helps support self-management of patients. There is an up-to-date database system. The agency has clinical practice guidelines for caring of patients. All sectors participates in the formulation of policies and implementation plan in patients. 2) results in better clinical outcomes resulting in decreased blood pressure of 82.37 %, decreased HbA1C of 60 % and increased glomerular filtration rate of 52.9 %

Keywords: patients with chronic diseases and renal complication, a care system for patients with chronic diseases and renal complications



บทนำ

โรคเรื้อรัง (chronic disease) มีสถิติการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงมีระยะเวลาการเจ็บป่วยหลายปีอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ไม่รุนแรงเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ปลายประสาทอักเสบ จอประสาทตาเสื่อมและหลอดเลือดส่วนปลายตีบหรือตัน เป็นต้น⁽¹⁾

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 36.3 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3⁽²⁾ ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขปี 2563 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,046,113 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 553,101 คน (ร้อยละ 52.87 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง) และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 62,081 คน (ร้อยละ 5.93 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง)⁽³⁾ ในระยะแรกของการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนมากจะตรวจพบเมื่อมีอาการของโรคปรากฏชัดเจนจนเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease,

ESRD) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตแบบปกติได้ ลดศักยภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁴⁾ ส่วนเรื่องภาระค่าใช้จ่ายมีทั้งทางตรงจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมใน 6 เดือน ตั้งแต่ 500-240,000 บาท และยังมีค่าใช้จ่ายทางอ้อมอีก เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าจ้างผู้ดูแล ขาดงาน ขาดรายได้ นอกจากจะส่งผลทางด้านร่างกายและค่าใช้จ่ายแล้วโรคไตเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย⁽⁵⁾ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความชุกของอาการซึมเศร้าร้อยละ 17.6 รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอีกด้วย⁽⁶⁾

ข้อมูลสถิติจังหวัดขอนแก่นปีงบประมาณ 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี มีอัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ คือ 708.14, 586.13, 539.39 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับและมีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ คือ 1501.43, 1,251.34, 965.13 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงน้อยกว่า 90 คือ 30,640, 33,061, 34,743 คนตามลำดับ และในปี 2563 พบผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงน้อยกว่า 90 ถึง 28,949 คน ค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 48.47 ระยะที่ 4 ร้อยละ 13.94 และระยะที่ 5 ร้อยละ 6.88

ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 เทศบาลนครขอนแก่น ปีงบประมาณ 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรค



เรื้อรังที่ได้รับการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 429 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 43 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 223 คน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 163 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง < 90 จำนวน 163 คน (ร้อยละ 37.99) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด แบ่งเป็นระยะดังนี้ ระยะที่ 1 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 22.69) ระยะที่ 2 จำนวน 50 คน (ร้อยละ 30.67) ระยะที่ 3 จำนวน 69 คน (ร้อยละ 42.33) ระยะที่ 4 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.45) และระยะที่ 5 จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.84) และได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนการทำงานของไตด้วยวิธีฟอกเลือด (Hemodialysis) จำนวน 3 คน ผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องจำนวน 2 คน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากภาวะไตวายเรื้อรังจำนวน 2 คน (ศูนย์บริการ 2562) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี คลินิกโรคเรื้อรังเปิดให้บริการครึ่งวันเช้ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 40 - 50 คน และมีผู้ป่วยหลากหลายโรคเข้ารับการรักษาร่วมกัน ผู้ให้บริการต้องเร่งรีบในการซักประวัติเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ดังนั้นเวลาในการให้คำแนะนำในการดูแลและสนับสนุนการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด ระบบฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่มีการแบ่งระยะผู้ป่วยตามค่าอัตราการกรองของไต การนำข้อมูลผู้ป่วยไปวิเคราะห์เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม บริบทพื้นที่เป็น

ชุมชนเมืองการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชนยังพบน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการจัดการโรคเรื้อรังในหน่วยงานมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model: ECCM) ของ Barr VJ และคณะ (Barr VJ et al, 2003) เน้นที่ระบบบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน มีองค์ประกอบดังนี้ 1) การจัดการดูแลตนเองหรือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 2) การออกแบบระบบบริการหรือการจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบฐานข้อมูล 5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 7) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนด้วยบริบทของหน่วยงานซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเป็นเครือข่ายร่วมให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งหน่วยงานต้องรับนโยบายและประสานนโยบายทั้ง 2 องค์กร ในการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนบุคลากรเพื่อให้บริการในวันคลินิกเรื้อรังและปัญหาที่สำคัญคือจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย



นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีและลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 เทศบาลนครขอนแก่น
- 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 เทศบาลนครขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model: ECCM) ของ Barr VJ และคณะ (Barr VJ et al, 2003) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีองค์ประกอบดังนี้ 1) การจัดการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบบริการ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบฐานข้อมูล 5) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ 6) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 7) การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ระยะเวลาในการวิจัย 8 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 – พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตซึ่งเป็นผู้ป่วยในเขตพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่นชุมชนหนองใหญ่ 1 ชุมชนหนองใหญ่ 2 และหนองใหญ่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 17 คน สมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 14 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและประธานชุมชนจำนวน 15 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 11 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 57 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบ่งเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละระยะในการวิจัยดังนี้

1.ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย

- 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) จำนวน 4 ชุด สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารหน่วยงาน 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขและประธานชุมชน 3) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 4) แบบบันทึกข้อมูลจากประวัติการรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5) สมุดบันทึกภาคสนาม และ 6) เครื่องบันทึกเสียง



2. ระยะลงมือปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ (action and observation) ใช้คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่พัฒนาในวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบมาใช้เป็นเครื่องมือในระยะนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมของเนื้อหาและนำมาคำนวณหาความตรงของเนื้อหาได้ค่านี้นี้ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In Depth Interview) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ค่า CVI = 0.85 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In Depth Interview) สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก ค่า CVI = 0.85 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In Depth Interview) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่า CVI = 0.83 4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In Depth Interview) ผู้บริหารหน่วยงาน ค่า CVI = 0.83 Group Discussion) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ประธานชุมชนและผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพ ได้ค่า CVI = 0.85 และหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตไปทดลองใช้ (Try out) หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า Reliability = 0.917

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ครอบครัว เป็นต้น และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยใช้สถิติใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ค่าความดันโลหิต ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE632094 ณ วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2563 และต่ออายุครั้งที่ 1 รับรอง ณ วันที่ 4 พ.ค. 2564 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU63015 ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยที่มีหลัก 3 ประการได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักยุติธรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย



ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย พบว่า

1.1 การจัดการดูแลตนเอง พบปัญหา คือ 1) จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตคะแนนพฤติกรรมภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ย = 4.02) แต่ยังมีบางหัวข้อที่คะแนนอยู่ในเกณฑ์น้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารรสเค็ม มีการใช้เครื่องปรุงรสที่มีส่วนผสมของโซเดียมเป็นส่วนประกอบ มีการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น โอวัลตินซอง กาแฟซอง ไม่อ่านฉลากบริโภคก่อนการเลือกรับประทานอาหาร ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายทั้งวิธีการวิ่ง เดิน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และมีการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 2) บริบทพื้นที่เป็นชุมชนเมือง ผู้ดูแลออกไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่า ผู้ป่วยมีโรคไตร่วมด้วย และผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน ไม่มีอาการแสดงของโรคไตที่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลขาดความใส่ใจ และขาดการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง 3) อสม. และแกนนำชุมชน มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

1.2 การออกแบบระบบบริการพบปัญหา คือ 1) ระบบการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเรื้อรัง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเรื้อรังมีจำนวนมากและมีความหลากหลายโรค

การประเมินภาวะสุขภาพและการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีเวลาจำกัด 2) ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมมีพยาบาล NCD คนเดียวที่ต้องเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้แก่ อสม. หรือแกนนำชุมชน

1.3 การสนับสนุนการตัดสินใจพบปัญหา คือ แนวปฏิบัติที่นำมาใช้มีความหลากหลาย ทักษะผู้ให้บริการในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงพอ ขาดการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้กับผู้ให้บริการได้รับทราบร่วมกัน

1.4 ระบบฐานข้อมูลพบปัญหา คือ ระบบฐานข้อมูลของหน่วยงานไม่มีการแยกข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ไม่มีการจัดทำแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกตามระยะและชุมชน ชุมชนไม่มีแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยในชุมชน

1.5 การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพพบปัญหา คือ ไม่มีนโยบาย/โครงการ/การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคไต ในชุมชนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยังน้อย นโยบายส่วนใหญ่เน้นเกี่ยวกับสาธารณสุขปโภค โครงสร้างพื้นฐานในชุมชน การดำเนินงานทางด้านสุขภาพในชุมชนเป็นการดำเนินงานที่ทำรูปแบบเดิมซ้ำๆ ในแต่ละปี

1.6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนพบปัญหา คือ หน่วยงานไม่มีการสนับสนุนหรือส่งเสริมชุมชนในการดำเนินงาน



หรือการทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบน้อย ขาดการเชื่อมโยง ประสานงานข้อมูลผู้ป่วย สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชนอย่างต่อเนื่องและไม่มีมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการพัฒนาระบบ 2 วงรอบการวิจัย ดังนี้

วงรอบที่ 1

2.1 การพัฒนาระบบการให้บริการ โดยหน่วยงานได้ปรับปรุงแบบการให้บริการ ดังนี้

1) พัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกเรื้อรัง โดยติดสติ๊กเกอร์แบ่งระยะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3- 5 ใน family folder จัดทำใบบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3- 5 จัดทำแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2) จัดคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยนัดผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 1 และ 3 และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 และ 4 เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำแนะนำที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองรายบุคคลสำหรับ

ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้หลักสูตรการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning)

3) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยจัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามพื้นที่ชุมชนที่แต่ละทีมรับผิดชอบ จัดทำแผนปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน –เชิงรุกเป็นรายเดือน ออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน – เชิงรุกช่วงเวลา 13.00 -16.00 น.

2.2 การจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จัดทำแนวทางปฏิบัติ (CPG) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพรวบรวมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยอาศัยแนวปฏิบัติจากแหล่งต่างๆ สรุปเนื้อหาและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของหน่วยงาน จัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ ประกาศแนวปฏิบัติให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะในการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้และทักษะ อสม.และแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้และทักษะ อสม.และแกนนำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2.4 การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต สืบค้นระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี



ภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งหมดของหน่วยงานมาวิเคราะห์ระบบฐานข้อมูลเดิม รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3-5 บันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตใน google form และจัดทำแฟ้มทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกเป็นรายชุมชน

2.5 จัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะทางด้านสุขภาพในชุมชน จัดเวทีประชุมระดมสมอง อสม. และแกนนำชุมชน ร่วมกันออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน นโยบาย กิจกรรมหรือโครงการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

2.6 จัดประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชนโดย จัดเวทีประชุมระดมสมองอสม. แกนนำชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันกำหนดแผนงานและบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

วงรอบที่ 2

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ประชุมสะท้อนข้อมูลปัญหาการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พบว่า

- 1) การให้บริการวันคลินิกเรื้อรังเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยังขาดทักษะในการให้คำแนะนำผู้ป่วย
- 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตยังไม่ครอบคลุม
- 3) คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางวันไม่สามารถปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้ได้ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่เพียง 1 คน ในการจัดบริการในคลินิก
- 4) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยังขาดการประชุม

และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ดังนั้น ทีมผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงร่วมออกแบบวิธีการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังนี้

- 1) ปรับปรุงให้บริการในคลินิกเรื้อรังใหม่โดยให้เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้มาทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยในจุดซักประวัติและจัดทำแผนผังในการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเรื้อรัง
- 2) เชิญพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) การจัดทำแนวทางในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยมีเนื้อหาในการซักประวัติครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการพักผ่อน การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำ การไชยาสมุนไพรการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs
- 4) ปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม โดยมี prepost conference ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและ อสม. ประจำครัวเรือน ปรับเอกสารในการเยี่ยมบ้านใหม่บันทึกการเยี่ยมบ้านใน Google form ผ่านทางมือถือ

3. การประเมินผล

3.1 ผลลัพธ์เชิงระบบในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย พบว่า 1) การจัดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยแบบใหม่ทั้งในคลินิกเรื้อรังและเปิดคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการ



เชื่อมโยงการให้บริการผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสมและสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามปัญหาที่พบ มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยมากขึ้น 3) มีคู่มือที่ใช้ให้คำแนะนำและช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวตามปัญหาที่พบ 4) อสม.และแกนนำชุมชนมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 5) หน่วยงานมีแนวปฏิบัติ (CPG) ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตและแนวทางการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 6) มีระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน มีทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตแยกโรคและรายชุมชน 7) ชุมชนมีนโยบาย กติกา ข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย มีโครงการ/กิจกรรมทางด้านสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วย คือ ร้านชำรักสุขภาพ 2 ร้าน และร้านค้าส่งได้ 1 ร้าน และมีแผนพัฒนาชุมชนทางด้านสุขภาพ คือ นโยบายงานศพปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ 8) ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในชุมชน

3.2 การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตพบว่า 1) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบโดยผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 76.47 และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพใน

ภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 4.02 (ดี) เป็น 4.30 (ดีมาก) โดยผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารใช้เครื่องปรุงที่มีส่วนประกอบของโซเดียมลดลง เปลี่ยนการดื่มกาแฟ โอวัลติน 3 in 1 เป็นชงเองใส่น้ำตาลลดลงหรือเปลี่ยนเป็นดื่มกาแฟดำ เพิ่มการอ่านฉลากโภชนาการก่อนการเลือกบริโภคอาหาร เพิ่มการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายและเลิกใช้สมุนไพรทั้งแบบทำเอง 2) ครอบครัวผู้ดูแลมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมากขึ้นโดยการแยกการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยและอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้ออาหารให้ผู้ป่วย

3.3 ผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า 1) ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลงจากเดิมจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 โดยมีค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในช่วง 130/85 – 139/89 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 76.5 (จากเดิมมีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 – 159/99 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 58.8 2) ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงจากเดิมจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8.0 – 8.9 ร้อยละ 50.0 (จากเดิมค่าระดับน้ำตาลสะสม ≥ 10.0 ร้อยละ 50) 3) ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 แต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต ลดลงจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต ลดลงพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 70.0 ปี มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป และมี



ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง > 15 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 62.5 ร่วมกับมีค่าความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ $\geq 130 / 80$ มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 87.5 และมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ≥ 8 ขึ้นไปและ 4) ไม่มีผู้ป่วยเปลี่ยนระยะของไตเป็นระยะที่ 4 – 5 และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (expanded chronic care model: ECCM) ของ Barr VJ และคณะ (Barr VJ et al, 2003) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ส่งผลให้เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งแต่ละภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการพัฒนาระบบ รวมถึงการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันโดยมีการปรับปรุงและวางแผนการดำเนินงาน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่และทำให้เกิดความยั่งยืน

ผลลัพธ์ที่ได้ในกระบวนการดังกล่าวส่งผลดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองส่งผลลัพธ์ที่ดีทาง

คลินิกคือผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตลดลง ค่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงและค่าอัตราการครองชีพเพิ่มขึ้น 2) ครอบครัวมีความรู้ทักษะและมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย 3) หน่วยงานมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่จัดทำขึ้นโดยทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างทีมนิสิตสาขาวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข และมีการนำใช้เทคโนโลยีในการบันทึกข้อมูลต่างๆ 4) ชุมชนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และมีการวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และ 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาล สถานการณ์และร่วมกันวางแผนนโยบาย/โครงการในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารายงานกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผลการทำงานของไตดีขึ้น 2) ด้านทีมสุขภาพและการจัดการบริการของ รพ.สต. มีการพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นโดยทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร จัดทำสื่อกระตุ้นเตือนและติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ด้านชุมชน พบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย



โรคเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ ของ รพ.สต. อสม.
และญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบกิจกรรมหรือโครงการในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยปรับรูปแบบกิจกรรมหรือโครงการให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการจัดระบบบริการในคลินิกที่สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างครอบคลุม การจัดคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยใช้หลักสูตร Adult learning รวมถึงการจัดบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับ อสม.และแกนนำชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้เพราะปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ได้ระบบดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. ปฐยาวัชร ปราภผลและคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>.

3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นศูนย์บริการสาธารณสุขและชุมชนควรมีการร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะทางด้านสุขภาพ/จัดทำแผนงาน/งบประมาณ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตร่วมกันทุกปี เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับปัญหาส่งผลให้เกิดความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ช่วยถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำตลอดการทำวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 เทศบาลนครขอนแก่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่นที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ และขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้



2. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก:
http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1404&kpi_year=2563.
4. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต, อัมรินทร์ ทักจินเสถียร. การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 29 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก:<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>.
5. จุฑามาศ เทียนสะอาด, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, นพวรรณ พินิจจรเดช. การศึกษาเรื่องการรับรู้ภาวะจากอาการ ภาระค่าใช้จ่ายกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. ว. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2560;23:77-60.
6. สุกิสรา ปลุกกริชย์. การศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. ว. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561;8(1):80-72.
7. Victoria J. Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene Ravensdale, et al. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. Hospital quarterly 2003;8(1):82-73.
8. Kemmis, Mc Taggart. The Action Research Planner Action research and the critical analysis of pedagogy [Internet]. 1988 [cited 2019 Apr 22]. Available from:
https://www.researchgate.net/figure/The-Kemmis-and-McTaggart-1988-Action-Research-Spiral-Cycle_fig1_279948945/actions#reference.
9. มนัญญา เสรีวิวัฒนา, ยุพาพรรณ ทองตะนูนาม, สุดาวรรณ ลีมอักษร. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต. ว. การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1):56-45.



ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก

FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF EARLY CHILDHOOD THAILAND HEALTH REGION 2 PHITSANULOK

พูนศิริ ฤทธิรอน¹, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ², พัสตราภรณ์ แยมเม่น³, นิชนันท์ อินสา⁴,
อมรัตน์ เนียมสุวรรณ⁵, แวตนา ระโส⁶, รัชดาวรรณ บุญมีจิ๋ว⁷

Poonsiri Rittiron¹, Doungthathai Janchua², Pattraporn Yammen³, Nitchanan Insar⁴,
Amonrat Niamsawan⁵, Waewta Raso⁶, atchadawan Boonmejew⁷

Received: July 27, 2021

Revised: September 22, 2021

Accepted: October 10, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดาและการเลี้ยงดู สถานการณ์และปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กต่อเนืองอย่างน้อย 6 เดือน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 908 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการพยากรณ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาระยะตั้งครรภ์มีอายุ 20 – 35 ปี ร้อยละ 72.9 ระยะตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 3.9 ได้รับยาบำรุงชนิด Obimin/Triferdine/Nataral ร้อยละ 84.0 การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 53.1 คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 51.0 คลอดปกติ ร้อยละ 49.2 น้ำหนักทารกแรกคลอด $\geq 2,500$ กรัม ร้อยละ 91.5 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 79.5 พัฒนาการสมวัย ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 94.0 ด้านภาษา ร้อยละ 88.0 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 92.6 และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 92.8 รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 57.2 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.3 สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 84.2 และสมส่วน ร้อยละ 79.6 ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ การคลอด น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ สภาพแวดล้อม การเล่านิทาน และการดูทีวีของเด็ก ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการ และภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ควรมีการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์โดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

คำสำคัญ : พัฒนาการเด็กปฐมวัย, การเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย



Abstract

The purposes of this research were to behaviors of mothers, child rearing, identify the situation of Thai early childhood development, and factors related to predicting Thai early childhood development in health region 2. There were 908 parents or relatives with children age 8 months 16 days to 5 years 11 months and 29 days included record. Data collection tools consisted of questionnaires, child health record book and Denver II development test (Thai version). The data was analyzed by percentage and Multiple Logistic Regression.

The results revealed that pregnant with complications during pregnancy only 3.9% and 84% received type of vitamin Obimin/Triferdine/Nataral. Participation in antenatal clinic (ANC clinic) was 53.1% and well child clinic (WCC clinic) was 51.0%. Nearly half of them were normal birth. Birth weight $\geq 2,500$ grams was 91.5%. Percentage of children daytime staying at home was 58.0%. The early childhood development in normal rang was 79.5%, development of personal social 94.0%, language 88%, fine motor 92.6% and gross motor 92.8%. Early children ate vitamin iron supplements 57.2%. Growth showed weight for age, height for age and weight for height had normal 80.3%, 84.2 and 79.6, respectively. Factors related to predicting early childhood development with significantly ($P < 0.05$) found that complications during pregnancy, child labour, weight for age, daytime staying place of child, oral health check, Story Telling, play and TV watch allowance of child. Therefore, in order to promote development and nutrition for early childhood must provide health literacy before pregnancy and integration with community and related institution.

Keywords: early childhood development, early childhood growth

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} Regional Health Promotion Center 2



บทนำ

วิธีการดำเนินชีวิตสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทำให้การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเปลี่ยนไป พ่อแม่เด็กมีภาระหน้าที่หลายอย่าง หลายครอบครัวจึงให้ปู่ย่า ตายาย เลี้ยงดูบุตร และเด็กเข้ารับการเลี้ยงดูที่ศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการจากสถิติองค์การอนามัยโลก พบร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ⁽¹⁾ ส่วนการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย ด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 6 ครั้ง เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 28.3, 28.0, 32.3, 29.7, 27.2 และ 32.5 ตามลำดับ⁽²⁾ และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.1⁽³⁾ การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 27.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุแม่เมื่อตั้งครรภ์ อาชีพแม่ การฝากครรภ์ โรคประจำตัวแม่ ภาวะแทรกซ้อนแม่ และการได้รับยาเสริมไอโอดีน ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแลเด็ก การศึกษาผู้ดูแล อาชีพผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และการเล่านิทาน ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 นาที และ 5 นาที ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว

และภาวะโภชนาการ ในเขตสุขภาพที่ 2 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 25.1 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 20) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบ พัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 20.2 รองลงมา ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 8.6 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 8.3 และกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 5.7⁽⁴⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กมี 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ ปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์อย่างไรกับสิ่งแวดล้อม และมีผลตอบสนองต่อการเรียนรู้หรือสติปัญญาของเด็ก สิ่งแวดล้อมแรกที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก คือ สถาบันครอบครัว หากครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ⁽⁶⁾ ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวในปัจจุบันมีแนวโน้มลดลง และพบว่าเด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนถึงร้อยละ 53.3⁽⁷⁾ ในขณะที่การปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม เล่นอินเทอร์เน็ต ส่งผลต่อพัฒนาการ การเรียน การนอน และการกินของเด็ก ซึ่งสถาบัน American Academy of Pediatrics มีคำแนะนำไม่让孩子อายุต่ำกว่า 2 ปี ดูโทรทัศน์หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ^{(8),(9)} และสอดคล้องกับเด็กที่มีปัญหาการพูดล่าช้าที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ



ต่อการส่งเสริมพัฒนาการโดยปัจจัยหนึ่งคือการ
ปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์ตามลำพัง⁽¹⁰⁾ จากข้อมูล
สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยและปัจจัย
ดังกล่าวข้างต้น ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก จึงได้
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย
เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของมารดา ระยะ
ตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเลี้ยง
ดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว
2. สถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย
3. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์
โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey
Research) การศึกษา ณ จุดเวลา (ภาคตัดขวาง : Cross
- Sectional Studies) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษา
ของ จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ⁽²⁾ โดยการศึกษา
ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6
พ.ศ.2560 ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมในคนของกรมอนามัย ตามรหัส
โครงการวิจัยที่ 130 วันที่ 21 เมษายน 2560 เก็บ
รวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยง
ดูเด็ก อย่างน้อย 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง และเด็กที่มีอายุ

ตั้งแต่ 8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มี
สัญชาติไทย อาศัยในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก
ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และเด็กที่มีอายุตั้งแต่
8 เดือน 16 วัน ถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในจังหวัด
สุโขทัยและอุตรดิตถ์

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1. สัญชาติไทย
2. เด็กไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือ
โรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม
ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) ออทิสติก เด็กที่
ไม่มีประวัติการชัก และได้รับยากันชัก 3. สมัครใจ
เข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลาที่ทำวิจัย 4. มีประวัติ
ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 5. ได้รับการยินยอม
จากบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในการเก็บข้อมูล
จนเสร็จสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง
ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยหรือการให้สัมภาษณ์
และเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม
ตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนระดับประเทศและเขต
สุขภาพ ด้วยความเชื่อมั่น 95% และความผิดพลาด
สูงสุดในการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของ
พัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่เกินร้อยละ 10 ได้กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งประเทศ จำนวน 9,600 ราย ระดับเขต
สุขภาพที่ 2 จำนวน 800 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ
Stratified Three-stage Sampling มีจังหวัดในเขต
สุขภาพที่ 1-12 เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1 จำนวน
31 จังหวัด จากนั้นสุ่มเลือกตำบลเป็นหน่วยตัวอย่าง



ชั้นที่ 2 และผู้เลี้ยงดูอายุ 0-5 ปี เป็นหน่วยตัวอย่าง
ชั้นที่ 3 โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้มีจำนวน
กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 908 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย
Denver II⁽¹¹⁾ ฉบับภาษาไทย โดยเครื่องมือนี้มีความไว
ในการคัดกรอง (Sensitivity) 0.56-0.83 และ
ความจำเพาะเจาะจง 0.43-0.80

2. แบบสัมภาษณ์มารดา บิดา และผู้เลี้ยงดูเด็ก
โดยนักวิจัยส่วนกลางให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการ
เด็ก จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) ในด้านความเหมาะสมกับ
วัตถุประสงค์ ความครอบคลุม ครบถ้วน ความ
เหมาะสมของเนื้อหา ข้อคำถาม – คำตอบ

กำหนดตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย ปัจจัยทาง
ชีวภาพด้านลักษณะทางประชากรของมารดา ได้แก่
อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว
ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพของมารดา ระยะ
ตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคประจำตัวระยะตั้งครรภ์
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่าง
ตั้งครรภ์ และการได้รับยาวิตามินเสริมโฟเลต
ไอโอดีน และธาตุเหล็ก ปัจจัยทางชีวภาพด้าน
สุขภาพเมื่อแรกเกิด ได้แก่ อายุครรภ์ของมารดา
เมื่อคลอด วัชคลอด น้ำหนักแรกเกิด และภาวะ
ออกซิเจนแรกคลอด ปัจจัยทางชีวภาพด้านสุขภาพ
เด็กหลังคลอด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
โรคประจำตัวเด็ก การเจ็บป่วย สุขภาพช่องปาก และ
ภาวะโภชนาการและการกินอาหารมื้อหลัก ปัจจัย
สภาพแวดล้อมและสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา

อาชีพบิดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก รายได้ครอบครัว สถานที่
เลี้ยงดูเด็กกลางวัน ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักกลางวัน และการ
รับความรู้โรงเรียนพ่อแม่ ANC&WCC และการใช้
สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก พฤติกรรมของมารดา
ช่วงตั้งครรภ์ ได้แก่ ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ตรวจ
อัลตราซาวด์ การตรวจภายใน และการดื่ม
แอลกอฮอล์ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การเล่า
หรืออ่านนิทาน การเล่นโดยสื่อบุคคล การเล่นโดย
ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์คุณภาพ และการดูทีวี

ตัวแปรตาม ได้แก่ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

3. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ของกรม
อนามัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
ร้อยละ และการพยากรณ์ถดถอยพหุคูณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิ
โดยชี้แจงว่าข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ
และนำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้นี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลพฤติกรรมของมารดา ระยะ
ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็ก
ปฐมวัยของครอบครัว** พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 61.9 **ข้อมูลบิดา** บิดาอายุ 20-
35 ปี ร้อยละ 73.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ
50.1 รายได้ 15,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 42.0



และรายได้เพียงพอ ร้อยละ 51.1 ข้อมูลมารดา มารดาอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 70.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.0 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 20.0 รายได้น้อยกว่า 9,000 บาท/เดือน ร้อยละ 64.7 และรายได้เพียงพอ ร้อยละ 61.4 ข้อมูลผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน ผู้เลี้ยงดูเด็กหลักที่บ้าน อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 88.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.7 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 71.5 รายได้น้อยกว่า 9,000 บาท/เดือน ร้อยละ 83.4 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมของมารดา ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว พบว่า มารดา ระยะตั้งครรภ์มีอายุ 20-35 ปี ร้อยละ 72.9 การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ พบ มารดาส่วนใหญ่ฝากครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 30-34 สัปดาห์ ร้อยละ 96.8 ฝากครรภ์ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 75.1 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 90.6 มารดา ระยะตั้งครรภ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 8.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.3 พบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 3.9 มีเลือดออกในช่องคลอด และปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว ร้อยละ 0.7 ดื่มแอลกอฮอล์ช่วงตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.4 โดยดื่มทุกวัน ร้อยละ 36.4 มารดาได้รับการประเมินความเสี่ยงระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 68.0 ได้รับการตรวจ Hct./Hb. ร้อยละ 95.6 Blood group ร้อยละ 87.4 และ VDRL ร้อยละ 87.9 เอดส์ ร้อยละ 85.6 อัดเตี๊ยะขาว ร้อยละ 84.5 ชาติพันธุ์ไทย ร้อยละ 82.4 ตรวจภายใน ร้อยละ 49.7 มารดา ระยะตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงชนิด

Obimin/Triferdine/Nataral ร้อยละ 84.0 กินทุกวัน ร้อยละ 90.7 มารดา ระยะตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงชนิด FBC ร้อยละ 70.9 กินทุกวัน ร้อยละ 70.9 มารดา ระยะตั้งครรภ์ได้รับยาบำรุงชนิด Folic ร้อยละ 58.5 กินทุกวัน ร้อยละ 91.7 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 74.0 สุขภาพช่องปากปกติ ร้อยละ 27.8 ฟันผุ ร้อยละ 36.3 เหงือกอักเสบ ร้อยละ 13.9 และหินน้ำลาย ร้อยละ 20.7

ส่วนใหญ่คลอดที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 99.3 อายุครรภ์เมื่อคลอด 37-38 สัปดาห์ ร้อยละ 52.0 ทารกแรกคลอดมีน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม ร้อยละ 91.5 ส่วนใหญ่คลอดปกติ ร้อยละ 49.2 รองลงมาผ่าท้องคลอด ร้อยละ 46.6

ส่วนที่ 3 การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และสุขภาพของเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) พบว่า เด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี กินอาหารมื้อหลัก ร้อยละ 71.4 กินอาหารระหว่างมื้อ ร้อยละ 64.5 และกินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 57.2 โดยกินเป็นประจำ ร้อยละ 64.1 มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 23.4 ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 80.3 สูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 84.2 และสมส่วน ร้อยละ 79.6 ตามลำดับ ส่วนภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะเตี้ย ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน และภาวะผอม) ร้อยละ 3.2, 9.1 และ 2.6 ตามลำดับ

ภาวะออกซิเจนแรกคลอด Apgar score ที่ 1 นาที พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 81.4 Apgar score ที่ 5 นาที อยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 80.6 พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 18.1



ส่วนใหญ่ พบตัวเหลืองและท้องฟ้า ร้อยละ 13.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคท้องร่วงของเด็กปฐมวัย ร้อยละ 7.0 โรคปอดบวม ร้อยละ 5.9 และปัญหาสุขภาพในช่องปาก ร้อยละ 21.5 โดยอาการที่พบส่วนใหญ่มีดังนี้ ร้อยละ 20.8

ส่วนที่ 4 สภาพแวดล้อมทางสังคมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในช่วงกลางวัน เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อยู่บ้านตัวเอง ร้อยละ 58.0 โดยแม่เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 41.8 รองลงมาญาติ ร้อยละ 33.4 มารดาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 53.1 บิดา ร้อยละ 30.9 และญาติ ร้อยละ 15.1 มารดาเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 51.0 บิดา ร้อยละ 29.4 และญาติ ร้อยละ 19.6 มารดานำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เมื่อเข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกครั้ง ร้อยละ 96.8 อ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 71.0 และบันทึกข้อมูลลงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ร้อยละ 30.0

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัว การเล่าหรืออ่านนิทานให้เด็กฟังของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 74.0 มากกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 59.9) โดยส่วนใหญ่เล่ามากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 67.6 ใช้เวลา มากกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 94.5 การเล่นกับเด็กของบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 89.4 มากกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 83.7) โดยส่วนใหญ่เล่นมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 86.6 ใช้เวลา ≥ 30 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 66.3 การใช้

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็ก ร้อยละ 82.7 โดยส่วนใหญ่มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 76.8 ใช้เวลามากกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 88.0 การให้ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 83.7 มากกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 78.9) โดยส่วนใหญ่ดูวันเว้นวัน มากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 86.5 สัปดาห์ละ 2-3 ชั่วโมง มากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 69.6

ส่วนที่ 6 พัฒนาการเด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 79.5 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.5 โดยพัฒนาการสมวัยด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 94.0 พัฒนาการสมวัยด้านภาษา ร้อยละ 88.0 พัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 92.6 และพัฒนาการสมวัยด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ร้อยละ 92.8 การเปรียบเทียบพัฒนาการรวมกับการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560⁽²⁾ พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 79.5 มากกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.8 และ 67.5 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 7 ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ของปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ ลักษณะการคลอดที่เกินกำหนด น้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์พอม และน้ำหนักตามเกณฑ์



อายุอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมาก อาชีพของผู้เลี้ยงดูไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวันเป็นบ้านญาติ และบิดาเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ WCC ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ตรวจอัลตราซาวด์ของมดลูก การเล่นนิทานกับเด็ก การเล่นกับเด็ก และการดูทีวี จากนั้นทำการวิเคราะห์ด้วยแปรพหุ (Multivariate analysis) ด้วยสถิติ Multiple logistic regression วิธี Enter ของปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.05) พบมี 6 ด้าน 8 ปัจจัย คือ ด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์พบว่า มารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ 2.73 เท่า (AOR = 2.736; 95%CI =1.174-6.372, p-value=0.020) โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 79.2 ด้านสุขภาพเด็ก พบว่า เด็กที่คลอดครบกำหนดจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนด 1.74 เท่า (AOR = 1.746; 95%CI=1.113-1.500, p-value=0.015) โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 80.1 ด้านโภชนาการ เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์จะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักมาก 0.24 เท่า (AOR = 0.241; 95%CI = 0.072-0.803, p-value =0.021) โอกาสของการ

พยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 79.5 ด้านสภาพแวดล้อมทางสถานที่ พบว่า สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวันเป็นบ้านตัวเองจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวันเป็นบ้านญาติ 2.52 เท่า (AOR = 2.522; 95%CI 1.185-5.368, p-value =0.016) โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 80.3 ด้านพฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ของมารดา พบว่า มารดาที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก 1.45 เท่า (AOR = 1.458; 95%CI 1.017-2.318, p-value =0.011) โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 81.1 ด้านพฤติกรรมการเล่นดูเด็ก การเล่นนิทานพบว่า การเล่นนิทานจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นนิทาน 1.51 เท่า (AOR = 1.513; 95%CI 1.051- 2.179, p-value =0.026) การเล่นกับเด็ก พบว่า การเล่นกับเด็กจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นกับเด็ก 0.41 เท่า (AOR = 0.411; 95%CI 0.206, 0.819, P=0.012) การดูทีวีของเด็ก พบว่า การไม่ให้เด็กดูทีวีจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าการให้เด็กดูทีวี 0.39 เท่า (AOR = 0.397; 95%CI 0.222, 0.711, P=0.002) โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้อง ร้อยละ 79.5 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

ปัจจัย	B	S.E.	Sig	Exp(B)	95%C.I. for Exp (B)	
					Lower	Upper
ด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์						
ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์: มี (ref: ไม่มี)	1.006	.431	.020*	2.736	1.174,	6.372
ค่าคงที่	-1.444	.136	<0.001	.236		
Power of predict = 79.2%						
ด้านสุขภาพเด็ก						
การคลอด (ref: ครบกำหนด)			.037*			
ก่อนกำหนด	-.883	.442	.054	.413	.174	1.002
เกินกำหนด	.293	.204	.015*	1.746	1.113	1.500
ค่าคงที่	-1.239	.191	<0.001	.290		
Power of predict = 80.1%						
ด้านโภชนาการ						
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (ref: น้ำหนักตามเกณฑ์)			.095			
น้ำหนักน้อย	.821	.644	.202	2.272	.644	8.023
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	-.291	.405	.473	.747	.338	1.655
น้ำหนักค่อนข้างมาก	-.357	.454	.432	.700	.287	1.704
น้ำหนักมาก	-1.423	.614	.021*	.241	.072	.803
ค่าคงที่	-1.299	.112	<0.001	0.292		
Power of predict = 79.5%						
ด้านสภาพแวดล้อมและทางสถานที่						
สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน (ref: บ้านตัวเอง)			.115			
บ้านญาติ	.925	.385	.016*	2.522	1.185	5.368
บ้านผู้รับจ้างดูแลเด็ก	-.352	1.087	.746	.703	.084	5.919
ศูนย์เลี้ยงเด็กเล็ก	.447	.277	.108	1.563	.907	2.692
โรงเรียน	.251	.409	.540	1.285	.577	2.864
ค่าคงที่	-1.863	.212	<0.001	.155		



ปัจจัย	B	S.E.	Sig	Exp(B)	95%C.I. for Exp (B)	
					Lower	Upper
Power of predict = 80.3%						
ด้านพฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ของมารดา						
ตรวจสุขภาพช่องปาก: ไม่ตรวจ(ref: ได้ตรวจ)	.377	.237	.011*	1.458	1.017	2.318
ค่าคงที่	-1.584	.137	<0.001	.205		
Power of predict = 81.1%						
ด้านพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก						
การอ่านเล่านิทาน: ไม่เล่า (ref: เล่า)	.414	.186	.026*	1.513	1.051	2.179
การเล่นกับเด็ก: ไม่เล่น (ref: เล่น)	-.890	.353	.012*	.411	.206	.819
เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์: ไม่ใช้ (ref: ใช้)	.098	.236	.679	1.103	.694	1.753
การดูทีวี: ให้ดู (ref: ไม่ให้ดู)	-.923	.297	.002*	.397	.222	.711
ค่าคงที่	-1.296	.106	<0.001	.274		
Power of predict = 79.5%						

* Wald statistics test, p-value 0.05

สรุปผลการวิจัย

พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยยังไม่บรรลุเป้าหมายตามแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย นอกจากนี้ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยยังพบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 6.0 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านสุขภาพเด็ก ได้แก่ ลักษณะการคลอด ปัจจัยด้านโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสถานที่ ได้แก่ สถานที่อยู่ของ

เด็กช่วงกลางวัน ปัจจัยด้านพฤติกรรมช่วงตั้งครรภ์ของมารดา ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก และปัจจัยด้านพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ การเล่านิทาน การเล่นกับเด็ก และการดูทีวีของเด็ก ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย และการเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัย และแก้ไขภาวะอ้วน จึงต้องให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม



อภิปรายผลการวิจัย

พัฒนาการและภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 2 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 79.5 ซึ่งไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85.0 ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ เมื่อจำแนกรายด้าน พบ พัฒนาการสมวัยด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 94.0 ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 92.8 ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 92.6 และด้านภาษา ร้อยละ 88.0 โดยพัฒนาการด้านภาษาเป็น ด้านที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุด ทั้งนี้ จากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปตามยุคของข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะการเลี้ยงดูของครอบครัว ที่ให้เด็กใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม เช่น การดูสื่อผ่านจอชนิดเดิมติดต่อกันเป็นเวลานานซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านภาษา ดังนั้นครอบครัวจึงควรลดการให้เด็กดูโทรทัศน์และส่งเสริมกิจกรรมการสื่อสารและด้านภาษา เช่น การพูดคุยเล่นกับเด็ก และการเล่านิทาน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาพัฒนาการไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น^{(10),(13)} สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 8 ของเขวรัตน์ รัตนันต์⁽¹⁴⁾ และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิธ⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ศูนย์อนามัยที่ 5 พบ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษามากที่สุด ร้อยละ 31.3 เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการรวมสมวัยกับผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560⁽²⁾ พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 เด็กมี

พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 79.5 มากกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.8 และ 67.5 ตามลำดับ)

ภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ (ด้านน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ) สูงตามเกณฑ์ (ด้านส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ) และสมส่วน (ด้านน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ร้อยละ 80.3, 84.2 และ 79.6 ตามลำดับ ส่วนภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ภาวะเตี้ย ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน และภาวะผอม ร้อยละ 3.2, 9.1 และ 2.6 ตามลำดับ บรรลุค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกินร้อยละ 10, 10 และ 5 ตามลำดับ)

ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) วิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบ 8 ปัจจัย ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ ลักษณะการคลอด น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวัน การตรวจสุขภาพช่องปาก การเล่านิทาน การเล่นกับเด็ก และการดูทีวีของเด็ก

มารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์ 2.73 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิต โล่เสถียรกิจ⁽⁴⁾ ในการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557 พบ



ภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนช่วงตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมากกว่าปกติ ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และการคลอดก่อนกำหนด โดยการคลอดก่อนกำหนดทารกจะมีน้ำหนักน้อยส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ จากการศึกษาสถานการณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กของนิรามัย คุ้มรักษา⁽¹⁶⁾ พบการคลอดก่อนกำหนดมีผลต่อความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็ก และการศึกษาของสุพัตรา บุญเยี่ยม⁽¹⁷⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 พบการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับระบบการเฝ้าระวังขณะตั้งครรภ์ การติดตามการฝากครรภ์ครบกำหนด และการประเมินภาวะเสี่ยงของแม่ตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบเด็กที่คลอดครบกำหนดจะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่คลอดเกินกำหนด 1.74 เท่า โดยจะส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โรคทางระบบทางเดินหายใจของทารก ความผิดปกติของพัฒนาการรวมถึงสติปัญญาของทารก⁽¹⁸⁾

เด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์จะมีโอกาสที่มีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าเด็กที่มีน้ำหนักมาก ร้อยละ 36.8 เนื่องจากเด็กที่มีน้ำหนักมากจากสาเหตุการรับประทานอาหารที่มากเกินไป และรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ จากการกินผัก ผลไม้ไม่เพียงพอ จะเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ส่งผลต่อการ

เจริญเติบโตและการพัฒนาการ นอกจากนี้เด็กที่มีน้ำหนักเกินจะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ เช่น การหัดนั่ง หัดคลาน หัดเดิน ทำให้เหนื่อยง่าย เพลียง่าย การเคลื่อนไหวล่าช้า ทำให้มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง^{(13),(19)} ในเด็กที่มีภาวะนอนกรนและหยุดหายใจขณะนอนหลับ ทำให้สมองขาดออกซิเจนเป็นช่วง ๆ ส่งผลต่อการพัฒนาของสมอง นอนหลับไม่สนิท ทำให้เด็กง่วงนอนในเวลากลางวัน และเป็นผลต่อการเรียนรู้ของเด็ก ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557 พบเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1.3 เท่า (OR=1.3; 95%CI: 1.08-1.48)⁽⁴⁾

สถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวันเป็นบ้านตัวเองจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าสถานที่อยู่ของเด็กช่วงกลางวันเป็นบ้านญาติ 2.52 เท่า เนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็กด้วยสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อการสร้างสุขภาวะที่ดีต่อร่างกายและจิตใจของเด็กโดยตรง⁽²⁰⁾ ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็กที่ต้องรู้จักการใช้แรงเสริมที่ถูกต้องเหมาะสมโดยคำนึงถึงพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญาในการเลี้ยงเด็ก⁽²¹⁾

มารดาที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 1.45 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พัฒนพงษ์ศรี และคณะ⁽²⁾ พบมารดาที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการ



สมวัย สูงกว่าร้อยละ 14 เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพช่องปาก เนื่องจากสุขภาพช่องปากของมารดาอาจมีผลในอนาคตเมื่อคลอดบุตรซึ่งพบความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักตัวน้อย⁽²²⁾ ทำให้เกิดปัญหาด้านทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้า ทั้งด้านการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยจึงควรให้ความสำคัญในการตรวจสุขภาพช่องปากและการดูแลช่องปากด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์

การเล่นิทาน จะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นิทาน 1.51 เท่า การเล่นกับเด็กจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นกับเด็ก 0.41 เท่า และการไม่ให้เด็กดูทีวีจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าการให้เด็กดูทีวี 0.39 เท่า เนื่องจากการเล่นิทาน หรือการสื่อสารและพูดคุยตั้งแต่เด็กยังพูดไม่ได้จะส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา และการให้เด็กเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว ทำให้เด็กได้เริ่มในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การคลาน เดิน วิ่ง หยิบจับของเล่น ปีนป่าย ช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่งจากการให้เด็กดูทีวีใช้สื่อผ่านจอลดลง ทำให้พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ดีขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาริสรา ทองเหม⁽²³⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย : กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคง ในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริเขตกองทัพภาคที่ 3 พบปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นดูทีวีมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ได้แก่ การที่เด็กได้

เล่นอย่างมีคุณภาพ การดูโทรทัศน์ของเด็ก และการเล่าหรืออ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟัง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับหญิงตั้งครรภ์และผู้เลี้ยงดูเด็กในการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองและรับบริการในสถานบริการของหญิงตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และฝากครรภ์ตามนัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และมีการคลอดปกติ การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย และการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมตามวัยสำหรับพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก

2. การส่งเสริม สนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการและเจริญเติบโตเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนในเด็กปฐมวัย เช่น สนับสนุนหนังสือนิทาน มีสนามเด็กเล่นในหมู่บ้านเพื่อลดการดูทีวีของเด็ก และการปลูกผักสวนครัว ผลไม้ในครัวเรือน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และเอื้อให้เด็กรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น เป็นต้น รวมทั้งการจัดเตรียมอาหารกลางวันในศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

3. บูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในด้านทุนและเครื่องมือในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการและลดปัญหาเด็กที่มีน้ำหนักเกิน



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากทีมผู้วิจัยของกลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ร่วมกันดำเนินงานจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่สนับสนุนการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้โอกาสศูนย์อนามัยที่ 2

พิษณุโลก ร่วมเป็นผู้วิจัยในครั้งนี้ และทีมงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และญาติพี่น้องที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจกับผู้วิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. นิขรา เรืองคารกานนท์. พัฒนาการและเขาวัยปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ: โอเอสดีค พับลิชชิง, 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1.
2. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
4. พนิด โล่เสถียรกิจ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในปี พ.ศ. 2557. วิชาการสาธารณสุข 2560; 26:1-10
5. ธนยพร เมฆรุ่งจรัส และอดิสรุสุตา เฟื่องฟู. ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุริลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ, บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด 2561; 44.
6. นิตยา คชภักดี. ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิ-5 ปี. สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ครูสภาลาดพร้าว; 2543.
7. ปราณี เมืองน้อย, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอนวัยเด็กเล็ก 3-6 ปี. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
8. รัตโนทัย พลับรูการ และคณะ. วิเคราะห์สุขภาพะเด็กและวัยรุ่น อายุ 2-5 ปี. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
9. Kobayakov. Diet, parental behavior and preschool can boost children's IQ. Association for Psychological Science 2013; 25.
10. พนิด โล่เสถียรกิจ. เด็กพูดช้า. กุมารเวชศาสตร์ 2550; 26:240-46.



11. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอวัฒตะระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ฉบับแก้ไขปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2556.
12. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
13. อิศราภา ชื่นสุวรรณ. แนวทางส่งเสริมพัฒนาการเด็กในสังคมไทย (11-21 ปี) Guideline in Child Health Supervision. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2557.
14. เขารัตน์ รัตนันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย. ศูนย์อนามัยที่ 9 ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561; 12(28).
15. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิธ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย: ศูนย์อนามัยที่ 5. เกื้อการุณย์ 2563; 27:59-70.
16. นิรมัย คุ่มรักษา. การศึกษาสภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2557; 22:76-83.
17. สุพัตรา บุญเจียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2562; 11:25-38.
18. สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, นุรยา พัฒนจินดากุล. การตั้งครกเก็นกำหนด. เวชบัณฑิตศิริราช 2551; 1:165-170.
19. สรวมณท์ สิทธิสมาน, จิตตินันท์ เฉชะคุปต์. หน่วยที่ 14 ปัญหาพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยและแนวทางแก้ไข. พิมพ์ครั้งที่ 2; 2557; 1-35.
20. วินัดดา ปิยะศิลป์. บทที่ 1 แนวทางส่งเสริมครอบครัวคุณภาพ. ใน: พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสพศรี อึ้งถาวร, บรรณาธิการ. Guideline in Child Health Supervision. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2557; 11-20.
21. จูติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. หัวหินสุขใจไกลกังวล 2559; 1:18-33.
22. Wandera M, Åström AN, Okullo I & Tumwine JK. (2012). Determinants of periodontal health in pregnant women and association with infants' anthropometric status: a prospective cohort study from Eastern Uganda. BMC pregnancy and childbirth. 2012; 12:90.
23. อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงษ์ธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย : กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคง ในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริเขตกองทัพภาคที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก : https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204972/file_download/41fe3e77eb3ae4c2cafc13c52979daf6.pdf



การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอ้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

HEALTH SERVICE SYSTEM DEVELOPEMENT FOR PATIENTS WITH UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT NAMNAO HOSPITAL, NAMNAO DISTRICT, PHETCHABUN PROVINCE

Received: August 24, 2021

Revised: September 28, 2021

Accepted: October 03, 2021

นุจิพารณ์ สิริไผ่¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์²

Nujiraporn Sirimai¹, Wilawan Chomniratt²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded chronic care model: ECCM) ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ซึ่งการศึกษานี้เน้นการศึกษา 3 องค์ประกอบ ตามปัญหาความเร่งด่วนของโรงพยาบาลน้ำหนาว ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self management) 2) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Delivery system design) 3) ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (Information systems) ระยะเวลาในการดำเนินการเดือน มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 โดยมีกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ผลการวิจัยในระยะศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแลมีความรู้ไม่มากพอในการจัดการดูแลตนเอง การให้บริการมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีจำนวนจำกัด ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ในระยะพัฒนา ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันประชุมระดมสมอง วางแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ระบบบริการในคลินิกเบาหวาน 3) ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน้ำหนาว การประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ฐานข้อมูลมีการวิเคราะห์และส่งต่อข้อมูลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This research aims to analyze the situation and develop a health service system for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. The concept of caring with chronic diseases patients (Expanded chronic care model : ECCM). Consisted of 8 components, this study focused on 3 components including (1) self-management (2) delivery system design and (3) Information system. Implementation period from March 2020 to April 2021. There are 4 steps of development process following the action research process.

The results of the situation study revealed that diabetic patients and their caregivers did not have sufficient knowledge in self-management and manage. A large number of patients in service system and a limited number of health care providers. Database system clinics cannot be analyze. In development stage, the stakeholders gathered together for a brainstorming session. In the context of the urgency of Nam Nao Hospital's problems. Implementation plan including: 1) Diabetes Self-Management Support System 2) Service system in the diabetes clinic of Nam Nao Hospital. 3) Nam Nao Hospital information system. The evaluation found that diabetes patients was better behavior modification. As a result, the level of glucose in the blood (HbA1C) was reduced by 14 people or 56.00 percent. A health service system for diabetic patients was developed. The database is analyzed and forward to allow patient for control blood sugar and prevent complications.

Key words: Health service system, Patients diabetes mellitus, concept of caring with chronic diseases patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือในร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดมีระดับสูงขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก⁽¹⁾ ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลก ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี

2588 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี 2573 ในประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ.2559-2561 มีอัตรา 5344.8, 5726.6, 5981.4 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2559-2561 เท่ากับ 1225.18, 1215.33, 1381.24 ต่อแสนประชากร และในส่วนของอำเภอน้ำหนาว พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2559-2561 เท่ากับ 404.88, 561.4, 598.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽²⁾



โรงพยาบาลน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งในปี 2559-2561⁽²⁾ รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ทั้งหมด 5 ตำบล 29 หมู่บ้าน 4,778 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 17,357 คน จากการทบทวนเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 978 คน ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจเลือดประจำปี 604 คน พบผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($HbA1C \geq 7$) จำนวน 408 คน คิดเป็นร้อยละ 67.54 พบภาวะแทรกซ้อนที่ตา จำนวน 23 คน ไตวายเรื้อรัง จำนวน 46 คน ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 136 คน ระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 7 คน⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนมาก และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁽³⁾ จัดให้แพทย์หรือสหวิชาชีพมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการค้นหาปัญหาการวางแผนและตัดสินใจที่มาจากแรงจูงใจภายใน (Brief Intervention) และเพิ่มระดับความสามารถทักษะในการดูแลตนเอง (Self-Management) ซึ่งโรงพยาบาลน้ำหนาวพบว่า เปิดให้บริการคลินิกโรคเบาหวานทุกวันอังคาร ซึ่งในปี 2559-2561⁽²⁾ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ามารับบริการเฉลี่ยครั้งละประมาณ 60-100 คน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการบริการในคลินิกเบาหวาน มีขั้นตอนการบริการ คือ การซักประวัติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้สุขศึกษา พบแพทย์ รับยากลับบ้าน โดยมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ $HbA1C \geq 8\%$ หรือ $FBS \geq 183mg/dl$ ติดต่อกัน 3 ครั้ง จะได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ซึ่งพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวจำกัดด้วยภาระงานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดังนั้น การให้บริการส่วนใหญ่ เป็นเพียงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหา และไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังขาดการติดตามกำกับและประเมินผลพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model: ECCM)⁽⁴⁾ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการทางด้านสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครบทุกมิติ สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วน ส่งผลดีให้กับผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบท อีกทั้งมีการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและบุคลากร มีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม มีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่วิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมต่อบุคคลและ

บริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ
 ทำการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิง
 ปฏิบัติการ (Action Research : AR)⁽⁵⁾ เพื่อให้เกิด
 การพัฒนาที่ตรงประเด็นและเกิดความยั่งยืนใน
 การดูแลสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมร่วมกัน
 จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ชุมชนและทีมผู้ให้บริการ
 ทางสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการ
 สุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อการควบคุมระดับ
 น้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

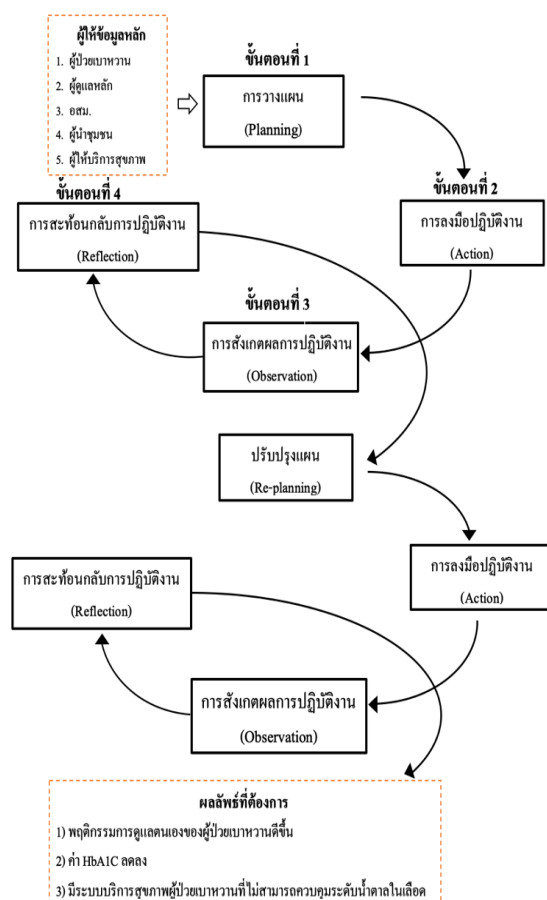
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของโรงพยาบาลน้ำหนาว โดยใช้กรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายขยาย (Expanded Chronic Care Model : ECCM)⁽⁴⁾ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) ออกแบบระบบบริการ 3) ระบบข้อมูลทางคลินิก เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาและใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action

research)⁽⁵⁾ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการพัฒนา ผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงและมีระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model :
ECCM)⁽⁴⁾



ระเบียบวิธีวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานและการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งสามารถให้ข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ มีทั้งหมด 5 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($HbA1c \geq 7$ mg/dl) จำนวน 25 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีภาวะไตวายได้รับการฟอกไตที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม โดยเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการอ่าน การฟัง การพูดด้วยภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 25 คน โดยจะคัดเลือกในกลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การเตรียมอาหาร การรับประทานยา และการดูแลในการเข้ารับการรักษาตามนัด เป็นต้น

3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำหมู่ที่ 5 ตำบลน้ำหนาว จำนวน 5 คน ที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

4) ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ที่มีบทบาทเป็นแกนนำหรือผู้นำในการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชน

5) ผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน เกษัชกร เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจตามนัด การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม อสม. และผู้นำชุมชน แบบบันทึกภาคสนามและแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) ได้ค่า CVI 0.96 และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.79

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะการวางแผน (Planning) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและข้อมูลทุติยภูมิ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานและจัดประชุมระดมสมอง ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา นำไปสู่แผนการหาแนวทางในการดำเนินการ



และร่วมกันวางแผนปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ (Action and observation) ดังนี้

- 1) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ระบบบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำหนาว 3) ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน้ำหนาว สะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงแผนการปฏิบัติ (Reflection and Re-planning) โดยหลังจากร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันนำปัญหา มาสรุปและปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้รับบริการกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ปัญหาที่พบคือ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีเพียง 1 คน แต่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามแผนที่กำหนด จึงนำไปสู่การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานในรอบที่ 2 (Re-planning) ดังนี้ การจัดรูปแบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน ประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและให้บริการผู้ป่วย ซึ่งหน่วยงานเสนอแนะให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพ โดยหน่วยงานได้วางแผนส่งผู้ให้บริการสุขภาพเข้ารับการอบรมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการจัดการรายกรณี

3. การประเมินผลการดำเนินงาน การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ได้จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ระบบบริการใน

คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำหนาว

- 3) ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน้ำหนาว โดยมี การวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการจัดส่งข้อมูลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นและมีระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.0 พบว่ามีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คิดเป็นร้อยละ 48.0 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลหลัก โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 60.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 2) อสม. และผู้นำชุมชน ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.10 3) ผู้ให้บริการสุขภาพ อายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 80.00

นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการสุขภาพ พบว่ามีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก และผู้ให้บริการสุขภาพมีจำนวนจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้รับการค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



หน่วยงานมีระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือการส่งต่อให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแล แต่ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ครอบคลุม หน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูล แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วย และไม่มีการส่งต่อข้อมูล เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.1 การวางแผน จากการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด โดยแยกประชุม 2 กลุ่ม **กลุ่มที่ 1** ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคเรื้อรัง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มปฐมภูมิและ

องค์กรวม เกษัชกร นักกายภาพบำบัด **กลุ่มที่ 2** ได้แก่ ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้นำชุมชน อสม. โดยการประชุมดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ปัจจัย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มวางแผนออกแบบระบบบริการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยระบบที่วางแผนในการพัฒนาได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ระบบบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำหนาว 3) ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน้ำหนาว โดยมีรายละเอียดการพัฒนาแต่ละระบบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางสรุประบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว

ระบบที่วางแผนพัฒนา	ปัญหาที่พบ	การพัฒนาในการศึกษานี้
1. ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	1. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมาก พยาบาลผู้ให้บริการที่คลินิกเบาหวานมีจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ทั้งเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ	1. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลทั้งผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน แคลอรีที่ผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับในแต่ละวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย



ระบบที่วางแผนพัฒนา	ปัญหาที่พบ	การพัฒนาในการศึกษานี้
	จัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เป็นต้น 2. ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเอง ก่อนข้างน้อย	เบาหวานแต่ละคน การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา งดบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงบุหรี่มือสอง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน และการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น
2. ระบบบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน่าน	1. ผู้ป่วยเบาหวาน ไม่ได้รับการประเมินปัจจัยสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้รับการประเมินพฤติกรรมที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก โรงพยาบาลที่ให้บริการมีจำกัด และพยาบาลผู้ให้บริการไม่ได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อจะได้สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยรายบุคคลได้	1. พยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกเบาหวาน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนประเมินและดูแลผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ
3. ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน่าน	1. ผู้ให้บริการที่คลินิกเบาหวาน ไม่ได้นำข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกในฐานข้อมูลทั้งฐานข้อมูล Hos.xp และฐานข้อมูล Health Data Center : HDC มาวิเคราะห์เพื่อใช้วางแผนดูแลผู้ป่วย 2. ข้อมูลบางส่วนที่มีความจำเป็นที่ อสม. ต้องใช้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ไม่ได้ถูกส่งต่อไปให้ อสม. ทำให้ อสม. ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่ อสม. รับผิดชอบดูแล ทั้งข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาล ข้อมูลภาวะแทรกซ้อน	1. พยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกเบาหวาน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผนประเมินและดูแลผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ 2. จัดส่งข้อมูลที่สำคัญที่ อสม. จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเดือนละ 1 ครั้งในวันที่ อสม. มาประชุมประจำเดือนที่โรงพยาบาล



2.2 การนำแผนสู่การปฏิบัติ จากแผนพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ร่วมกันกำหนดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้นำแผนสู่การดำเนินงาน และมีการสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยในระหว่างการดำเนินงานพบว่า การที่มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพียง 1 คนไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งมีจำนวนมาก ดังนั้น โรงพยาบาลน้ำหนาวจัดให้พยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกเบาหวาน ไปอบรมพัฒนาทักษะการจัดการรายกรณีเพิ่มจำนวน 2 คน เพื่อให้มีความสามารถในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 การประเมินผล หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตามรูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย คือ 1) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ระบบบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำหนาว 3) ระบบข้อมูลของโรงพยาบาลน้ำหนาว

การเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษาค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เพิ่มขึ้น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เท่าเดิม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยกรณีน (N=25)

ราย ที่	ผลการประเมินระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1C)			พฤติกรรมหลังร่วมดำเนินการ
1	7	7.5	แย่ลง	ผู้ป่วยยังดื่มน้ำหวานและเครื่องดื่มชูกำลัง เนื่องจากทำงานในไร่และ รับประทานข้าวเหนียวอยู่
2	7.5	7	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการดื่มน้ำหวาน อาหารสำเร็จรูป และอาหารประเภททอด โดยปฏิบัติเป็นบางครั้งและเพิ่มการรับประทานผักมากขึ้น
3	9.5	9.1	ดีขึ้น	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานและดื่มน้ำหวาน ลด การรับประทานอาหารประเภททอด/มัน เช่น ผัดผัก ไข่ทอด แกงกะทิ



ราย ที่	ผลการประเมินระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1C)			พฤติกรรมหลังร่วมดำเนินการ
4	8.6	8.6	เท่าเดิม	ผู้ป่วยยังทำงานในไร่อยู่ จึงมีรับประทานข้าวเหนียวและน้ำหวานอยู่ บางครั้ง ในวันที่ต้องเข้าสวนทำไร่
5	7	8	แย่ลง	ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง มีผู้ดูแลคือ บุตรสาวที่ต้อง ทำงาน จึงไม่มีเวลาประกอบอาหาร จึงรับประทานอาหารถุงสำเร็จรูป ไม่ได้ออกกำลังกายเลย เนื่องจากปวดขา ลืมรับประทานยาบางครั้ง
6	7	7.9	แย่ลง	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานอยู่ และ รับประทานอาหารประเภททอด ประเภทแป้ง
7	7.9	7.9	เท่าเดิม	ผู้ป่วยยังดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานบ่อยครั้ง ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดว่า การเดินทำงานก็ถือเป็นการออกกำลังกาย ลืมรับประทานยาบางครั้ง
8	7	6.9	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เปลี่ยนการประกอบอาหารเป็นต้ม นึ่งแทน การดื่มสุรายังปฏิบัติเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารตรงเวลา
9	7.5	7.5	เท่าเดิม	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวานหรือผลไม้ อยู่ไปทำสวนมีอาการเหนื่อย หิวง่ายบางครั้ง จึงรับประทานข้าวเหนียวและน้ำหวานอยู่บ่อยครั้ง
10	7.8	9.7	แย่ลง	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวานอยู่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารไม่ตรง เวลา ลืมรับประทานยาอยู่บ่อยครั้ง และลืมการมาตรวจตามนัดบางครั้ง
11	8.3	8.1	ดีขึ้น	ผู้ป่วยยังทำงานในสวนอยู่ จึงดื่มน้ำหวานบางครั้ง ยังมีลืมรับประทาน ยาบางครั้ง มาตรวจตามนัดทุกครั้ง
12	7.3	7	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานของหวาน เพิ่มการรับประทานผัก
13	8.3	7.8	ดีขึ้น	ผู้ป่วยยังมีการดื่มน้ำหวานอยู่บางครั้ง ลดการรับประทานอาหาร ประเภททอด รับประทานอาหารตรงเวลา รับประทานผักทุกวัน
14	9.9	10.3	แย่ลง	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวาน ผลไม้และอาหารประเภททอดอยู่ ดื่ม เบียร์เป็นประจำ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาปฏิบัติบ่อยครั้ง
15	8.5	7	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานของหวาน เปลี่ยนการประกอบอาหารเป็นปิ้ง/ ย่าง/ต้ม พยายามรับประทานอาหารตรงเวลาปฏิบัติบ่อยครั้ง



รายชื่อ	ผลการประเมินระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1C)			พฤติกรรมหลังร่วมดำเนินการ
16	8.8	10	แย่ลง	ผู้ป่วยรับประทานของหวาน ยังดื่มเครื่องดื่มชูกำลังประจำ ลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ยังมีการลิ้มรับประทานยาอยู่บ่อยครั้ง
17	10.4	6.9	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานของหวาน ผลไม้ น้ำหวาน เปลี่ยนการเป็นนั่งดื่มแทน รับประทานผักทุกวัน รับประทานข้าวเจ้าทั้งสามมื้อ
18	10.7	7.3	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานผลไม้ ดื่มน้ำหวานบางครั้ง ลดการรับประทานข้าวเหนียว โดยปฏิบัติเป็นบางครั้งอยู่ ไม่ลิ้มรับประทานยา
19	7.3	6.5	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารของหวาน น้ำหวาน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง เพิ่มการรับประทานผักทุกวัน ไม่ลิ้มรับประทานยา
20	8.3	10.3	แย่ลง	ผู้ป่วยยังมีการรับประทานขนมหวาน ผลไม้ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ยังรับประทานอาหารอึดตามความพอใจอยู่
21	9.9	7	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารและผลไม้ รับประทานผักเป็นประจำทุกวัน มีการกำหนดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อ ไม่ลิ้มรับประทานยา
22	8.5	7.5	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารหวานหรือผลไม้ลง รับประทานข้าวเจ้าช่วงเช้าและเย็น แต่ตอนเที่ยงต้องรับประทานข้าวเหนียวอยู่
23	8.8	6.9	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารและผลไม้ ประกอบอาหารแบบนั่งดื่มอย่าง มีการกำหนดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อ
24	10.4	12	แย่ลง	ผู้ป่วยยังรับประทานของหวานและผลไม้ที่มีรสหวานอยู่ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา
25	10.7	6.5	ดีขึ้น	ผู้ป่วยลดการรับประทานขนมหวานและผลไม้ที่มีรสหวาน ลดการรับประทานข้าวเหนียว เปลี่ยนเป็นข้าวเจ้าทั้งสามมื้อ

สรุปและอภิปรายผล

1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self management) ผู้ป่วยเบาหวานหลังการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 ซึ่งการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการ



ตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม⁽⁶⁾ หลักการคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในการจัดการและเป็นศูนย์กลางในการดูแล รับผิดชอบตนเอง โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางและต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง⁽⁷⁾

2) การออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Delivery system design) จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าการให้บริการในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการบริการที่เป็นมาตรฐาน เนื่องจากมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมากและผู้ให้บริการสุขภาพมีจำนวนจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ได้รับคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหา หลังจากที่ได้จัดระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นรายกรณี ทุกครั้งที่มารับบริการ ร่วมกันค้นหาปัญหาและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม วางแผนการแก้ปัญหา ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการรายกรณี ลดลงจากเดิม เนื่องจากเป็นการจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางด้านคลินิก โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นผู้ประสานงาน กำกับดูแล⁽⁸⁾ โดยการพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีการจัดรูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเป็นรายกรณีทุกครั้งที่มารับบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3) ระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (Information systems) พบว่าหน่วยงานมีการจัดเก็บข้อมูล โดยโปรแกรม HosXp หลังจากนั้นส่งข้อมูลในโปรแกรมคลังข้อมูลสุขภาพ HDC ซึ่งเป็นการบันทึกข้อมูลและส่งออกข้อมูล แต่ไม่ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วย จึงได้มีการปรับเปลี่ยน โดยพัฒนาให้หน่วยบริการมีฐานข้อมูลและทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน สามารถนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์และวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการใช้ข้อมูลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์จากข้อมูลที่มีอยู่ และการนำข้อมูลที่มีประโยชน์ไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วย⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ผู้ให้บริการสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาอบรมและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การตรวจจอประสาทตา การจัดการรายกรณี

2) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การที่จะต้องเข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยหลายหลาย ทำให้เกิดความยุ่งยาก โรงพยาบาลควรจัดระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุ เช่น ทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (Green Channel)

3) ควรมีการพัฒนากลุ่ม อสม. กลุ่มแกนนำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน



4) ในการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการพัฒนา ควรใช้เวลาในการติดตามเป็นระยะๆ และนานขึ้น เป็น 1 ปี หรือ 2 ปี ซึ่งจะให้เห็นความแตกต่าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรง

เชิงเนื้อหา (Content validity) และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความรู้และคำแนะนำในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัย บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561 (เบาหวาน) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กรกฎาคม 2564] เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2562] เข้าถึงได้จาก https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
3. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์กรการส่งเสริมการสาธารณสุขผ่านสื่อ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. Barr et al. The expanded Chronic Care Model an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly. 7, 73-82; 2003.
5. Kemmis S, Mc Taggart R. The action Research Planner. Deakin University. Case management (3rd). Philadelphia, F A Davis company. 67-69; 2010.
6. ชัยสมน นามวงษ์, สุมาลี ราชนิคม, รัชชนก กลิ่นชาติ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 29(2), 112-122; 2560.
7. ราตรี โกศลจิตร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร. 44(1), 26-38; 2560.



8. วลัย บุญพลอย, อนุญญา มานิตย์. ผลของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและแนวทางการดูแลรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลพบุรี. วารสารวิชาการ การสาธารณสุข. 18(3), 404-413; 2552.
9. รังสิมา รัตนศิลา, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, สิริประภา กลั่นกลั่น, พัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 29(1), 26-38; 2558.
10. วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

THE RISK FACTOR OF TYPE 2 DIABETES IN WORKING POPULATIONS, NON-THAI DISTRICT NAKHON-RATCHASIMA PROVINCE.

Received: August 12, 2021

Revised: September 08, 2021

Accepted: October 04, 2021

วรรณภรณ์ จงกลาง¹, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ²

Wanaporn Jongklang¹, Natnapa Heebkaew Patchasuwan²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-60 ปี จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยพหุลอยจิสติก (Multiple logistic regression) และ Adjust OR ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 21.88 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.78 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 (ค่าเฉลี่ย 46.68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07) เมื่อคำนึงถึงผลกระทบตัวแปรอื่นๆ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AdjOR = 2.90, 95% CI = 1.30 to 6.43, p-value = 0.008) และทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (AdjOR = 0.10, 95% CI = 0.40 to 0.28, p-value <0.001) จากผลการศึกษาคควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะเป็ประโยชน์อย่างสูงสุดในการเฝ้าระวังโรคและภาวะสุขภาพของประชาชน และควรจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน

คำสำคัญ: ปัจจัย, กลุ่มเสี่ยง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Non Thai District Health Office Nakhon Ratchasima

² Faculty of Public Health, Khon Kaen University



Abstract

This research is a cross-sectional analytical research. To investigate the factors that affect the type 2 diabetes risk group in the working age group, Non Thai District, Nakhon Ratchasima Province. There were 56 participants in the sample group, all between the ages of 35 and 60. The study instruments were questionnaire. Statistical multiple logistic regression and adjust OR were used to examine the data at 95% CI.

The sample group comprised of 256 participants, 21.88 percent of whom were risk group of diabetic, the majority of whom were females, 50.78 percent, and aged 40-49 years, 50.00 percent. (Mean 46.68 years, S.D. = 7.07) Gender was statistically associated with type 2 diabetes risk group when considering the effects of other variables (AdjOR = 2.90, 95% CI = 1.30 to 6.43, p-value = 0.008). And the risk group for type 2 diabetes mellitus was substantially connected with cognitive skills about type 2 diabetes mellitus. Based on the results, further studies should be conducted to confirm the risk factors of type 2 diabetes risk group, which would be of the greatest benefit in surveillance and public health status. Additionally should arrange behavior change activities in working age diabetes risk groups.

Keyword: factors, risk group, type 2 diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 463 ล้านคน และประมาณการในอนาคตข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2586 จำนวน 700 ล้านคน ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานระยะเวลานานจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจวายและหัวใจเต้นผิดจังหวะเพิ่มขึ้น เป็น 2-3 เท่าร่วมกับระบบไหลเวียนของเลือดลดลง ส่งผลทำให้เกิดโรคระบบประสาทเสื่อม เท้าติดเชื้อนำไปสู่การตัดขา ส่งผลให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตายังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยของ DM และเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดที่ป้องกันได้ในประชากรวัยทำงาน⁽¹⁾ ได้เสนอแนะมาตรการในการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานประเภท 2 ได้แก่ การรักษา น้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ การออกกำลังกาย

เป็นประจำอย่างน้อย 30 นาที กิจกรรมออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นปานกลางในทุกๆ วัน รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการบริโภคน้ำตาลและไขมันอิ่มตัว และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากรายงานความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย ปี 2560 พบร้อยละ 34.34 เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด ร้อยละ 38.16 รองลงมาภาคกลางร้อยละ 35.36 ภาคเหนือร้อยละ 34.64 ภาคใต้ร้อยละ 31.86 และภาคตะวันออก ร้อยละ 31.67 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าระดับประเทศ⁽²⁾ และในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2559



อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 412.84 , 435.4 , 409.64 และ 579.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (Pre-DM) ร้อยละ 1.62⁽³⁾ สำหรับสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอโนนไทยในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 24.73, 24.80 และ 24.83 ตามลำดับ และสถานการณ์จำนวนกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอโนนไทยในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ ร้อยละ 18.8, 16.3, และ 21.5 ตามลำดับ

การสำรวจข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า โครงสร้างของประชากรวัยทำงานอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15 -59 ปี) ต่อประชากรทั้งหมด เพิ่มจากร้อยละ 64.94 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 65.17 ในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ และจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546-2556 อัตราการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์อัมพาต) และโรคเบาหวาน ในวัยทำงานเนื่องจากมีพฤติกรรมที่เร่งรีบ การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ไขมันสูง และปริมาณน้ำตาลสูง การสำรวจความชุกของโรคเบาหวานของคนวัยทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้⁽⁵⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การบริโภคผักและผลไม้ น้อย ขาดการ

รับประทานอาหารเข้าเป็นประจำ โรคอ้วน และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ในทางตรงข้าม⁽⁶⁾ ได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเรื่อง การรับประทาน ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลงร้อยละ 40 จากแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี อยู่เสมอ ” (Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health)⁽⁷⁾ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือและสร้างความรู้แรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึงในการทำความเข้าใจประเมินและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเลือกแนวทางและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพของชีวิตในช่วงชีวิต⁽⁸⁾ จากการศึกษาของนิชิริย์ ใจคำวัง ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากชะยาง จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ มีการออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงมาก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของ



ตนเองถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ของบุคคลในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Pender⁽⁹⁾ ซึ่งมีการศึกษาในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมชาวฮ่องกง อายุระหว่าง 18-65 ปี พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา⁽¹¹⁾ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานยังมีน้อย และการค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานจะสามารถต่อยอดในการเพิ่มการคัดกรองในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานคือ กลุ่มวัยทำงานให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัยการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-60 ปี อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 19,827 ราย

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-60 ปี ที่มีข้อมูลในฐาน HOSxP ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา มีผลการตรวจประเมินตามเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง Simple logistic regression⁽¹²⁾ ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (The multi-stage random Sampling) ได้จำนวน 56 ราย แนวทางการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ประชาชนวัยทำงานอายุ 35-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2 มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตในฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ตรวจในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนก่อนวันที่เก็บข้อมูล

2.3 ทำงานอยู่ในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

2.4 ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยลงนามในใบยินยอม ไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ มีการให้คะแนนตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การวิเคราะห์ระดับของคะแนนโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981)⁽¹³⁾ มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + SD$ (19-25 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติปานกลาง มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm SD$ (14-18 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติต่ำ มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - SD$ (5-13 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูงมีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + SD$ (13-15 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติปานกลาง มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm SD$ (9-12 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติต่ำมีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - SD$ (3-8 คะแนน)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (3 ข้อ) เป็นแบบตัวเลือกให้เลือกตอบ เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การวิเคราะห์ระดับของคะแนนโดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับการปฏิบัติสูงมีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + SD$ (33-40 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติปานกลาง มีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm SD$ (23-32 คะแนน)

ระดับการปฏิบัติต่ำ มีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - SD$ (8-22 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยการหาคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยนำเครื่องมือที่สร้างไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ 3 ท่าน ข้อคำถามความเหมาะสมต้องระดับความตรงที่ 0.5-1.0 (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ซึ่งค่าความตรงเท่ากับ 0.83 การหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20)⁽¹⁴⁾ ควรมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ใช้วัดตัวแปรด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) มีค่า



เท่ากับ 0.82 และหาค่าความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ควรมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁽¹⁴⁾ ตัวแปรที่ใช้การหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Access skill) มีค่าเท่ากับ 0.72 2) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีค่าเท่ากับ 0.84 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) มีค่าเท่ากับ 0.81 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีค่าเท่ากับ 0.78 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีค่าเท่ากับ 0.76 6) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มีค่าเท่ากับ 0.75 7) ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) มีค่าเท่ากับ 0.76 8) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (3 อ.) มีค่าเท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ตัวแปรเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงนามับ มีค่า 2 ค่า (Categorical dichotomous variable) ได้แก่ กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic

regression) นำเสนอข้อมูลด้วย Adjust Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมายงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ใบรับรอง HE632133 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เก็บและการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารวมทั้งสิ้น 56 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.78 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 เฉลี่ย 46.68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.69 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.14 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.34 รายได้ต่อเดือนในช่วง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 48.83 เฉลี่ยต่อเดือน 7576.80 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4776.45 ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ ร้อยละ 43.75 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 71.88

ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหาบระหว่างตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 21.88 เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2.24 เท่า ($OR_{\text{crude}} = 2.24, 95\% \text{ CI: } 1.21 \text{ to } 4.16, p = 0.009$)



ปัจจัยด้านความรู้สุขภาพด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับสูงมีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่มีทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ ร้อยละ 58 ($OR_{Crude} = 0.42$, 95% CI = 0.01 to 0.70, $p < 0.001$) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับสูงโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ ร้อยละ 64 ($OR_{Crude} = 0.36$, 95% CI = 0.17 to 0.77, $p\text{-value} = 0.017$) ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการเกิด

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับสูงมีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ ร้อยละ 88 ($OR_{Crude} = 0.22$, 95% CI = 0.06 to 0.78, $p = 0.021$) ความคาดหวังของผลลัพธ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับสูง มีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ามีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังของผลลัพธ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ ร้อยละ 65 ($OR_{Crude} = 0.35$, 95% CI = 0.14 to 0.92, $p = 0.018$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ bivariate ระหว่างปัจจัยกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน (Simple logistic regression)

ปัจจัย/ตัวแปร	จำนวน	% Risk group	Crude OR	95% CI	p-value
Overall	56	21.88		16.17 to 26.97	
เพศ					0.009
ชาย	19	15.08	1		
หญิง	37	28.46	2.24	1.21 to 4.16	
ทักษะความรู้ความเข้าใจ					<0.001
ต่ำ	43	64.18	1		
ปานกลาง	6	15.79	0.10	0.04 to 0.29	
สูง	7	4.64	0.42	0.01 to 0.70	
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ					0.017
ต่ำ	31	30.69	1		
ปานกลาง	14	18.67	0.52	0.25 to 1.06	
สูง	11	13.75	0.36	0.17 to 0.77	



ปัจจัย/ตัวแปร	จำนวน	% Risk group	Crude OR	95% CI	p-value
ทักษะการสื่อสาร					
ต่ำ	27	29.67	1		0.021
ปานกลาง	26	20.00	0.59	0.32 to 1.10	
สูง	3	8.57	0.22	0.06 to 0.78	
ความคาดหวังของผลลัพธ์					
ต่ำ	19	37.25	1		0.018
ปานกลาง	29	18.24	0.38	0.19 to 0.75	
สูง	8	17.39	0.35	0.14 to 0.92	
พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2					
ต่ำ	9	20.93	1		0.909
ปานกลาง	37	22.70	1.11	0.48 to 2.52	
สูง	10	20.00	0.94	0.34 to 2.59	

การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานพบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นร่วมด้วย พบว่าเพศทักษะความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัย

ทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (3 อ.) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง Crude และ Adjusted odd Ratio และค่า 95%CI การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร (multivariate) เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นร่วมด้วย (multivariate analysis)

ตัวแปร	Number	% Risk Group	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1.เพศ						0.008
ชาย	19	15.08	1	1		
หญิง	37	28.46	2.24	2.90	1.30 to 6.43	



ตัวแปร	Number	% Risk Group	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
2.ทักษะความรู้ความเข้าใจ						0.008
ต่ำ	43	64.18	1	1		
ปานกลาง	6	15.79	0.10	0.10	0.04 to 0.28	
สูง	7	4.64	0.42	0.02	0.01 to 0.06	
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง						0.862
ต่ำ	16	34.78	1	1		
ปานกลาง	32	19.75	0.57	0.91	0.35 to 2.40	
สูง	8	16.67	0.10	1.28	0.31 to 5.27	
4. พฤติกรรมการป้องกัน						0.773
ต่ำ	9	20.93	1	1		
ปานกลาง	37	22.70	1.11	0.81	0.26 to 2.49	
สูง	10	20.00	0.94	0.59	0.13 to 2.58	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 256 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.78 อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 เฉลี่ย 46.68 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.07 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.34 กลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 78.13 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 21.88 เพศหญิงจำนวนมากจะให้ความสนใจในการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เพศหญิงประกอบอาชีพทำงานรับจ้างที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิญญา บ้านกลาง ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลือลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.11 มีอายุในกลุ่ม 41-60 ปี ร้อยละ 52.94 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.05⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร เพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นร่วมด้วย พบว่า เพศหญิง มีโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากเป็น 2.90 เท่า ของกลุ่มวัยทำงานเพศชาย ($OR_{Adjust Crude} = 2.90$, 95% CI = 1.30 to 6.43, p-value = 0.008) เพศหญิงจำนวนมากจะให้ความสนใจในการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพศหญิงมวลไขมันที่มีมากกว่าผู้ชาย และมีฮอร์โมนเพศชื่อว่า เอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาของ เขมารดี มาสิงบุญ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (Pre-diabetes : IFG) โดยร้อยละ 85.5 เป็นเพศหญิง⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ชิน โสม ศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้หญิงอีสานวัยกลางคน: กรณีศึกษาชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้หญิงวัยกลางคน 40-60 ปี มีโอกาสที่จะเกิดโรคเบาหวานภายใน 12 ปีข้างหน้า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ดัชนีมวลกายเกิน 23 กก./ม² อายุ 45 ปีขึ้นไป และมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการป้องกันการเกิดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะเพศหญิง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวิถีชีวิตประจำวันของบุคคลจะสามารถป้องกันการเกิดกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ได้⁽¹⁷⁾ การศึกษานี้พบว่าทักษะความรู้ความเข้าใจต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับสูงมีโอกาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่มีทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ ร้อยละ 98 (Adjust OR = 0.02 , 95% CI = 0.01 to 0.06, p-value =0.008) กลุ่มวัยทำงานที่มีความรู้ระดับสูงเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันตัวเองโอกาสเสี่ยงในการเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคเบาหวานความรู้ด้านโภชนาการอาหารการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รู้สาเหตุของการเกิด

โรคเบาหวานส่งผลให้สามารถป้องกันตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ไชยกุลวัฒนา ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน จังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานการสนับสนุนครอบครัวและการได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคเบาหวาน ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานการได้รับความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารส่งผลทำให้ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีจะสามารถป้องกัน โอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹⁸⁾

การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (3 อ.) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับของชลลดา ไชยกุลวัฒนา ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน จังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน คือ ความรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง⁽¹⁸⁾ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีเนื่องจากการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นความเชื่อมั่นส่วนบุคคลเพราะตนเองสามารถทำได้ปฏิบัติได้แต่ในการศึกษานี้ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในกลุ่มวัยทำงานมีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง ส่งผลให้



พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 (3 อ.) อยู่ระดับปานกลางอีกด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ต้องนำตัวแปรเหล่านั้น มาถอดบทเรียนให้ความรู้ สร้างตระหนักในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว กลุ่มเพศหญิงในวัยทำงาน เพื่อวางแผนในการป้องกันการเกิดกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานในอนาคต

2. จากผลวิจัยพบว่า ทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Cognitive skill) ความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เพิ่มทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กับกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Zhen Ling Teo., et al. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology* 2021;S0161-6420(21)00321-3.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สถานะสุขภาพ. เอกสารรับการตรวจราชการรอบ 1/2561. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา; 2561.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทย 2551 – 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
5. Geboers B, Reijneveld S.A., Jansen, C.J.M., & Winter, A.F. Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of Health Communication* 2016; 21(2), 45-53.

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรศึกษาการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานโดยออกแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงของวัยทำงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เพราะทุกภาคส่วน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอโนนไทย ที่ให้อนุเคราะห์ข้อมูลและประสานงานกลุ่มตัวอย่าง คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านในการดำเนินวิจัยครั้งนี้



6. Baker, D.W., et al. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. ARCH INTERN MED.; 2017 167(14).
7. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-10.
8. Sørensen¹ K, Broucke S, Fullam³ J, Doyle G, Pelikan J. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12:80
9. นิชาธิย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2558; 3(2):173-184.
10. Lo, S.W.S, Chair SY, Lee FK. Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. Appl Nurs Res 2015; 28(2):197-201.
11. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, นิรชร ชูดีพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(1): 110-28.
12. Hsieh F. Y., Bloch A, Larson D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine 1998; 8:1623-34.
13. Best, J. W. Research in education. New jersey: Prentice-Hall; 1981.
14. Suwannarat A. Finding a quality test for teaching management. Songklanagarind Medical Journal, 2009;27(5): 381-388.
15. อภิญา บ้างกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, และปริศนา รดสีดา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23(1): 83-95.
16. เขมรดี มาสิงบุญ, สายฝน ม่วงคุ้ม และสุวรรณิ มหากายนันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(2): 214-227.
17. จิราภรณ์ ชินโสม, และวิพร เสนารักษ์. ศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้สูงอายุอีสาน วัยกลางคน: กรณีศึกษาชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(1): 31-40.
18. ชลลดา ไชยกุลวัฒนา วิชาณีย์ ใจมาลัย และประกายดาว สุทธิ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน จังหวัดพะเยา 2559; 34(4):115-22.



การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

A DEVELOPMENT OF NURSING CARE MODEL FOR ROAD ACCIDENT HEAD INJURY PATIENTS IN SRISANGWORN HOSPITAL, SUKHOTHAI PROVINCE THAILAND

Received: August 13, 2021

Revised: October 11, 2021

Accepted: November 12, 2021

รุจีพร เพ็ญศรี¹

Rujeepon Pensri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ขั้นตอน 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนหรือญาติที่เข้ารับการรักษารักษาพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระหว่าง 1-31 มีนาคม 2564 จำนวน 19 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า การได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk ร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk ร้อยละ 20.0 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ร้อยละ 16.7 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 อยู่ในระดับปานกลาง ขั้นตอน 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาล ด้วยการศึกษาคำความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง 2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก 3) การช่วยเหลือระยะที่สอง และ 4) ระยะเตรียมจำหน่าย ขั้นตอน 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาล ระหว่าง 1-31 พฤษภาคม 2564 พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) และพบว่าภายหลังจากทดลองคะแนนการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลและความพึงพอใจการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ขั้นตอน 4 สรุปบทเรียนการใช้รูปแบบการพยาบาลพบว่า ควรมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้ให้ครอบคลุมทีมพยาบาลและควรประเมินผล นิเทศการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ, อุบัติเหตุทางถนน

¹ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

¹Srisangworn Hospital



Abstract

The objective of this study was to develop and examine the effectiveness of nursing care model for road accident head injury patients in Srisangworn hospital, Sukhothai province. The study was conducted in 4 phases. The first phase aimed to situation analysis of nursing care among road accident head injury patients. The population were 19 road accident head injury patients between 1-31 March 2021 recruited by purposive sampling. The data were collected by questionnaire and analysis by frequency percentage mean and standard deviation. The result showed that provide information and nursing practice; Low risk in moderate level 40.0%. Moderate risk in lower level 20.0% and moderate level 30.0%. High risk in lower level 16.7% and moderate level 33.3%. The second phase was to construct model which consisted of the study on needs suggested by stakeholders and the content validity which was approved by experts. The resulting model included 4 processes: 1) screening 2) monitoring and continuing care 3) referring and 4) discharge. The third phase was to evaluate effectiveness of model Between 1-31 May 2021; and it was found that there was a significant increasing in the average score of provide information and nursing practice, satisfaction after the intervention ($P<0.05$). The fourth phase was to lesson learn the Nursing Care Model; and it was found that should be clarified, Review guidelines and training nursing team and using model must be monitoring controlling and evaluation.

Keyword: Nursing Care Model, Head Injury Patients, Road Accident

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการคมนาคม ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุมากขึ้นและมีความรุนแรง ทำให้ประชาชนบาดเจ็บและเสียชีวิตในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ.2018 พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการชนบนถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคน ในช่วงเวลาสามปี ซึ่งเท่ากับวันละ 3,700 คน สำหรับประเทศไทย คิดอันดับ 9 ของโลกและมีจำนวนประมาณการผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 32.7

ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (60 คนต่อวัน) คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยปีละ 22,491 คน⁽¹⁾

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่งผลต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายได้แก่ ศีรษะ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร อุบัติภัยบนท้องถนน ทำให้เกิดความเสียหายอย่างมหาศาล ตลอดจนถึงชีวิตและทรัพย์สิน การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุสำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลำดับต้นๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีในประเทศกำลังพัฒนา การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญที่สุดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกชนิดทั่วโลก⁽²⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า



แต่ละปีมีผู้บาดเจ็บศีรษะ พิการอย่างถาวรจากการบาดเจ็บศีรษะ 8 ถึง 9 หมื่นคน เสียชีวิต 5 หมื่นคน⁽³⁾ ส่วนประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับ 12 ของโลก โดยร้อยละ 70 เกิดจากการขับขีรถจักรยานยนต์ และในปี พ.ศ.2563 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 13,766 รายบาดเจ็บ 825,096 รายและต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 113,862 ราย มูลค่าความเสียหายในปี พ.ศ. 2563 เป็นจำนวน 268,207 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product, GDP)⁽⁴⁾

ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) เกิดจากศีรษะได้รับแรงกระทำจากภายนอกจนเกิดความกระทบกระเทือนต่อสมอง โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัวได้แก่ระดับความรุนแรงมาก (Severe Head injury) ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury) โดยมีระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score, GCS) เท่ากับ 3-8, 9-12 และ 13-15 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ร้อยละ 70-90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย แม้ว่าการบาดเจ็บดังกล่าวจะส่งผลต่อการบาดเจ็บทางร่างกายไม่รุนแรง แต่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อสมอง ส่งผลให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ส่วนอย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกละเลยจากการเฝ้าระวังมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง ส่วนผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้บาดเจ็บที่

ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองที่รุนแรง (Severe head injury) มีอัตราการร้อยละ 29 และมีจำนวนมากที่ต้องพิการตลอดชีวิต⁽⁶⁾ และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปฏิบัติกิจกรรมได้ลดลง โดยมีสาเหตุจากพยาธิสภาพส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post concussion syndrome)⁽⁷⁾ ซึ่งการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติหรือมีสภาพใกล้เคียงกับปกติและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 417.43 ต่อแสนประชากร, 383.98 ต่อแสนประชากร และ 453.77 ต่อแสนประชากร ในปี 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ มีอัตราการตาย 23.81 ต่อแสนประชากร 19.62 ต่อแสนประชากร และ 16.91 ต่อแสนประชากร ในปี 2561, 2562 และ 2563 จากการปฏิบัติงาน พบอุบัติการณ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเฝ้าสังเกตอาการทางระบบประสาทในห้องสังเกตอาการก่อนกลับบ้าน ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บศีรษะ กลับรักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง เนื่องจากวิตกกังวลและอาการทรุดลง จำนวน 6 คน, 6 คน และ 4 คน ในปี 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ และจากการสังเกตพบว่า เจ้าหน้าที่แต่ละคนยังมีวิธีการประเมินผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะแตกต่างกัน เช่น อาศัยทักษะประสบการณ์การทำงานช่วยในการตัดสินใจ หรือใช้แบบประเมินและดูแลผู้ป่วยแบบทั่วๆ ไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่า เป็นผู้



บาดเจ็บศีรษะ หรือแนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลอื่นมาใช้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน⁽⁸⁾ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
3. เพื่อทดสอบหาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
4. เพื่อสรุปถอดบทเรียนและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development) โดยผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และใช้รูปแบบการ

ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์⁽⁹⁾ และใช้แนวทางเวชปฏิบัติ ธรรมเนียมปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury 2562)⁽¹⁰⁾ เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 1-31 มีนาคม 2564

รูปแบบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม 2564 - 31 มีนาคม 2564

ประชากร

เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนหรือญาติทุกคนที่เข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน 19 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้บาดเจ็บทางศีรษะอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ในช่วง 1 - 31 มีนาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกลักษณะคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน 2) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะภายในเวลา 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ซึ่งใช้วิธีแบบลิเคิร์ต (Likert's Scale) คำตอบประเมินในการวัดระดับความคิดเห็น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ความเห็นต่อคำถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

เกณฑ์การให้คะแนนรายข้อ คือ เห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best⁽¹¹⁾ ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับปานกลางเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33 และระดับต่ำเท่ากับค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอน 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1-30 เมษายน 2564 รายละเอียดดังนี้

รูปแบบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยนำเสนอผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรับทราบ และสนทนากลุ่มตามประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน แนวคิดรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นพยาบาลปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ใช้การสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ข้อมูลผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 2) ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อเจาะลึกประเด็นที่สนใจ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 2.1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน 2.2) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2.3) ความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน



การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล 2) วางแผนและพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โดยบูรณาการกับผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบหาประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน โดยดำเนินการทดลองระหว่าง 1 พฤษภาคม 2564 - 31 กรกฎาคม 2564

รูปแบบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยการวัดผลก่อนการทดลอง (O_1) หลังจากจัดกระทำตามรูปแบบ (X) วัดผลหลังการทดลอง (O_2)

ประชากร

กลุ่มที่ 1 เป็นผู้บาดเจ็บทางศีรษะอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ในช่วง 1-31 พฤษภาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางถนน 2) ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะภายในเวลา 24 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ป่วยหรือญาติ

ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มที่ 2 เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินศรีสังวรสุโขทัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ผนวกกับผลการสนทนากลุ่ม รวมทั้งแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1.1) การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง 1.2) การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก 1.3) การช่วยเหลือระยะที่สอง 1.4) ระยะเตรียมจำหน่าย 2) เอกสารรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน



โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย 3) แบบบันทึกกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกลุ่มผู้ป่วย ก่อนการทดลองใช้คะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 และหลังการทดลองใช้คะแนนจากการทดลองใช้รูปแบบในขั้นตอนที่ 3 และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ส่วนกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนและความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนกับหลังการทดลองเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ Wilcoxon signed rank test

ขั้นตอนที่ 4 สรุป ถอดบทเรียนและพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ระยะเวลา 1 เดือน ดำเนินการระหว่าง 1-30 มิถุนายน 2564

รูปแบบวิธีวิจัย

ใช้เทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) หมายถึง เทคนิควิธีการ ขั้นตอนในการใช้รูปแบบ ทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การใช้รูปแบบเพื่อปรับปรุงการใช้รูปแบบให้ดีขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยคงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว และแก้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

รวมทั้งมีการบันทึก ถอดบทเรียนที่ได้รับเพื่อใช้เป็นข้อมูล ความรู้ในการใช้รูปแบบครั้งต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ที่เข้าร่วมการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบในขั้นตอนที่ 3 ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แนวคำถาม ดังนี้ 1) คาดหวังอะไรจากการใช้รูปแบบ 2) ได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 3) มีอะไรที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังหรือพบปัญหาอะไร เพราะอะไร และจะปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร 4) มีสิ่งที่เกินความคาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร 5) จะทำอะไรต่อไป เพื่อให้บรรลุสิ่งที่คาดหวัง หรือท่านได้รับบทเรียนอะไรที่จะช่วยปรับปรุงการทำงานครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูล เพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล และสรุปเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ IRB



18/2012 โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ทราบทุกราย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นโดยระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk เพศชายร้อยละ 57.10 อายุเฉลี่ย 37.6 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 71.4 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 60.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

6,875 บาท ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk เพศชายร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 45.3 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 60.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,700 บาท ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk เพศชายร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 47.7 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 80.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,642.8 บาท

ระดับการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk ร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 60.0 อยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk ร้อยละ 20.0 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ร้อยละ 16.7 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงระดับการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระดับการได้รับข้อมูลและการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk	3	(60.0)	2	(40.0)	0	(0)
ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk	5	(50.0)	3	(30.0)	2	(20.0)
ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk	3	(50.0)	2	(33.3)	1	(16.7)

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 2 พบว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

ประกอบด้วย การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก



การช่วยเหลือระยะที่สอง และระยะเตรียม
จำหน่าย ดังนี้

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บระดับไม่รุนแรง

1.1 กลุ่ม low risk ในกรณีที่ผู้ป่วยมี
ศีรษะฟกช้ำ บวม หรือมีแผลฉีกขาด แพทย์ให้
การรักษาพยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพ GCS,
motor power และ oxygen saturation ชั่งถ่วง
อาการผิดปกติที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน
ทางสมอง ทุก 1 ชั่วโมง หลังสังเกตอาการครบ
2 ชั่วโมง หากไม่พบอาการผิดปกติจาก
ภาวะแทรกซ้อนทางสมอง แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย
กลับบ้าน และนัดมาติดตามอาการในวันถัดไป
พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการ
สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อน
ทางสมองต่อที่บ้านตามแผนพับ ส่วนในกรณีที่
ผู้ป่วยไม่มีศีรษะฟกช้ำ บวม หรือมีแผลฉีกขาด
แพทย์ให้การรักษา จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และ
นัดมาติดตามอาการในวันถัดไป พยาบาลให้
คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกต
อาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนทางสมองต่อ
ที่บ้านตามแผนพับ แล้วจึงให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

1.2 กลุ่ม moderate risk หลังจากผู้ป่วย
ได้รับการรักษาเบื้องต้น พยาบาลจัดให้นอน
สังเกตอาการผิดปกติทางสมองที่ห้องอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน เป็นเวลา 2 ชั่วโมง จดน้ำและอาหาร
ตรวจวัดสัญญาณชีพ GCS, motor power และ
oxygen saturation ชั่งถ่วงอาการผิดปกติที่อาจ
เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางสมอง ทุก 1 ชั่วโมง
เมื่อครบกำหนดเวลา หากผู้ป่วยมีอาการ
เปลี่ยนแปลงทางสมอง พยาบาลประเมินอาการ
และจัดระดับความรุนแรงตามความเสี่ยงอีกครั้ง

รวมทั้งรายงานแพทย์ทราบ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มี
อาการเปลี่ยนแปลง ส่งเข้าหอผู้ป่วยใน เพื่อ
สังเกตอาการทางสมองต่อจนครบ 24 ชั่วโมง

1.3 กลุ่ม high risk ผู้ป่วยได้รับการ
รักษาอย่างเร่งด่วน พยาบาลตรวจวัดสัญญาณชีพ
GCS, motor power และ oxygen saturation จดน้ำ
และอาหารและเตรียมส่งต่อไปยังโรงพยาบาล
ศูนย์ภายในเวลา 30 นาที

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บระดับปานกลาง และ
ระดับรุนแรง ผู้ป่วยได้รับการดูแลในส่วน
primary survey เกี่ยวกับทางเดินหายใจ (airway)
การหายใจ (breathing) และการไหลเวียนโลหิต
(circulation) เฝ้าระวัง C-spine injury โดยทำ neck
stabilization ทุกราย และเตรียมส่งต่อไปยัง
โรงพยาบาลศูนย์ภายในเวลา 30 นาที

โดยรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่
ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาล
ศรีสังวรสุโขทัย ได้ให้ความสำคัญกับการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทาง
ถนน ณ จุดเกิดเหตุ และการปรึกษาแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์เฉพาะที่มี
เลือดออกในสมอง การนิเทศ ติดตามและ
ประเมินผลทางการพยาบาล

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 3

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
การรับรู้ก่อนกับหลังการทดลองของผู้ป่วยและ
ญาติ กลุ่ม low risk พบว่า คะแนนการได้รับ
ข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลก่อนกับหลัง
การทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($P=0.005$) กลุ่ม moderate risk พบว่า คะแนนการ
ได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลก่อนกับ



หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) กลุ่ม high risk พบว่าคะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลก่อนกับ

หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.003$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนกับหลังการทดลองของผู้ป่วยและญาติ

คะแนนการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนกับหลังการทดลอง	Mann-Whitney U-test	p-value
กลุ่ม low risk	-2.798*	0.005
กลุ่ม moderate risk	-3.441*	0.001
กลุ่ม high risk	-3.012*	0.003

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาระเบียบการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยพบว่า เพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 42.00 ปี ($S.D.=9.12$) สถานภาพโสดร้อยละ 75.00 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 93.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 43,820 บาท

($S.D.=12,511.93$) ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 14.50 ปี ($S.D.=7.92$) และพบว่า คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนกับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.011$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลองของพยาบาล ($N=16$)

	Wilcoxon signed rank test	p-value
คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลอง	-2.5390*	0.011

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุ

ทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลองของพยาบาล (N=16)

	Wilcoxon signed rank test	p-value
คะแนนความพึงพอใจรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลอง	-3.326*	0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 4

บทเรียนการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

1. ต้องมีการชี้แจง ทบทวนแนวปฏิบัติและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทีมแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครกู้ชีพ
2. รูปแบบ แสดงเป็นขั้นตอน สามารถสื่อสารเข้าใจง่าย
3. มีการประเมินผล การนิเทศติดตามการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรง ต้องใช้บุคลากรผ่านการอบรมเฉพาะเพื่อให้การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
5. ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการทางสมองและการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ผู้ป่วยกลุ่ม Low Risk ร้อยละ 40.0 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk ร้อยละ 20.0 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ร้อยละ 16.7 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.3 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขาดการทบทวนและขาดพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการอธิบายและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไกลศรี บาดาล⁽¹²⁾ พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะการประเมินอาการและการช่วยเหลือเบื้องต้น สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อยกเว้นการประเมินการคืนตัวของเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนปลายไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 26.66 และการประเมิน



CS/Pupil/extremities movement ตามเกณฑ์เวลาที่กำหนดไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 13.33 และ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะเตรียมจำหน่าย สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ยกเว้นการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาทก่อนจำหน่ายออกจาก ER ไม่ปฏิบัติร้อยละ 13.33

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ประกอบด้วย การประเมินเบื้องต้นและการคัดกรอง การประเมินและการช่วยเหลือระยะแรก การช่วยเหลือระยะที่สอง และระยะเตรียมจำหน่าย โดยกระบวนการพยาบาลผู้ป่วย จะให้ความสำคัญการนิเทศติดตามประเมินผล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพยาบาลผู้ป่วยต้องกระทำเป็นทีมและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์เทพ โกฉัยพัฒน์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ และการจำหน่าย และหลังการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าว ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลครบถ้วนตามรูปแบบ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลล่าช้า และทุกคนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บทางสมอง

คะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนกับหลังการทดลอง และคะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับ

หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบดังกล่าวผ่านกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามลำดับขั้นตอนและพัฒนาภายใต้สภาพปัญหาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson & Griswold⁽¹⁴⁾ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองนั้นจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละ โรงพยาบาลและสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ถิ่นเมืองทองและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า มีการปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างเหมาะสมรวมทั้งมีการติดตามอาการในผู้ป่วยทุกรายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัย ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน ดังนั้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการขับขี่ปลอดภัยกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับวินัยจราจรอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัย ระดับการได้รับข้อมูลและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ผู้ป่วยกลุ่ม Moderate Risk ร้อยละ 20.0 อยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยกลุ่ม High Risk ร้อยละ 16.7 อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานควรให้ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอ



3. จากผลการวิจัย การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน ต้องให้ความสำคัญกับการนิเทศติดตามและประเมินผลด้วย

4. จากผลการวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง คะแนนการรับรู้ก่อนกับหลังการทดลองของผู้ป่วยและญาติ และคะแนนการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล คะแนนความพึงพอใจการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยก่อนกับหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมชาย แก้วเจียว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ทีมการพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกท่าน ที่ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์งานวิจัยสำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561. กระทรวงคมนาคม 2562.
2. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY สาขา: ประสาทศัลยศาสตร์. บาดเจ็บที่ศีรษะ. (วันที่ค้นข้อมูล 10 มีนาคม 2559) แหล่งข้อมูล: <http://www.rcst.or.th/cpg/2N98.pdf>
3. สุมาลีดา สวัสดิ์ดิโนนาท วิชา แซ่เจี๋ยและประณีต สังวัฒนา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดและผลกระทบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา 2556; 21(1): 26-36.
4. วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด 2556.
5. สรสิทธิ์ บุญชะวีโรจ. (2559). การศึกษาความแตกต่างในผลการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงน้อยที่มีความเสี่ยงต่อสมองระดับปานกลางที่ห้องสังเกตอาการและหอผู้ป่วยใน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6(2): 171-181.
6. Cassidy, JD., Carroll, LJ., Peloso, PM., Borg, J., Holst, H., Holm, L., et al. Incidence, risk factors and prevention of mild traumatic brain injury: Results of the WHO collaborating centre task force on mild traumatic brain injury. Journal Rehabilitation Medicine 2004; 43: 28-60.



7. Yang, CC., Tu, YK., Hua, MS., Huang, SJ. The association between the postconcussion symptoms and clinical outcome for patients with mild traumatic brain injury. *Journal of Trauma* 2007; 62: 657-663.
8. โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. รายงานประจำปี 2562. สุโขทัย : โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย 2562.
1. Soukup. M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. *Nurse Clin North Am* 2000.
9. นครชัย เพื่อนปฐม. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ.(Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). กรุงเทพฯ : บริษัท พรอสเพอริตีส์ จำกัด 2562.
10. Best, John W. Research in education. (3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall 1977.
11. ไคลศรี บาตาล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555.
12. พงษ์เทพ โกณัฏพัฒน์และลัดดา อินทฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี* 2562; 30(2) : 203-218.
13. Johnson & Griswold. Traumatic brain injury: A global challenge. *The Lancet Neurology* 2017; 16(12), 949-950.
14. อัญชลี ถิ่นเมืองทอง และคณะ. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนในโรงพยาบาลปทุมธานีโดยใช้แนวคิดการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารกองการพยาบาล* 2559; 43(3), 5-24.



การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์

DEVELOPMENT OF THE SELF-MANAGEMENT SUPPORTING SYSTEM FOR PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCER RISK AT NAJAN HEALTH PROMOTING HOSPITAL, KALASIN PROVINCE

Received: August 26, 2021

Revised: September 24, 2021

Accepted: October 04, 2021

ปวีณา อุดรไสว¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์²

Paweena Udonswai¹, Wilawan Chomnirat²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 61 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิธีการศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1.การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2.การวางแผนการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 3.การปฏิบัติตามแผน 4.การประเมินผล ดำเนินการ 2 วนรอบ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง คิดเป็นร้อยละ 46.67 มีระดับน้ำตาล 100 - 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 40 พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการแบ่งสัดส่วนข้าวเหนียวในการรับประทาน ไม่ใช้อาหารเสริมและสมุนไพรในการลดระดับน้ำตาลในเลือด มีการออกกำลังกายทุกวัน พฤติกรรมการดูแลเท้า มีการรักษาความสะอาดเท้า บริหารเท้า ทาครีมโลชั่นสม่ำเสมอ ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในระดับเสี่ยงสูงเท่าเดิม จำนวน 5 คน ระดับเสี่ยงปานกลางลดลงเหลือ จำนวน 4 คน และระดับเสี่ยงต่ำเพิ่มมากขึ้น จำนวน 6 คน

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบสนับสนุน, การจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

This action research aimed to study the situation of care provided to the patients who were at risk of diabetic foot ulcers, and to develop a self-management supporting system for them at Najan Health Promoting Hospital in Kalasin. Self-management was used as a conceptual framework. Participants consisted patients with type 2 diabetes and stakeholders 61 person. Data were collected through in-depth interviews, group discussions, observations, and brainstorming. A process of the system development consisted of four steps: 1) studying the situation of care provided to patients who are at risk of diabetic foot ulcers, 2) planning to develop a self-management support system, 3) acting according to the plan, and 4) reflecting the actions and evaluating the outcomes. Perform 2 cycles.

The results showed that 46.67 percent of diabetic patients were able to lower their blood glucose levels, and 40 percent of them could keep their blood glucose level in the normal range between 100-125 mg%. Furthermore, 80 percent of the patients reduced their consumption of sticky rice to a proper proportion. All of them stopped using supplementary food or herbs, and did exercises every day. Also, they performed foot care routinely, such as washing their feet, having foot exercise, and applying cream/lotion to prevent dry skin on their feet. In addition, the results of screening for foot ulcers indicated that five patients were at high risk, four patients were at moderate risk, and six patients were at low risk.

Key words: Development supporting system, self-management, diabetic foot ulcer, risk

บทนำ

โรคเบาหวานคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติมีการนำเสนอข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ.2573 และจะมี

ผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุกๆ 1 นาที และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวาน ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 4.8 ล้านคน) เพิ่มจากปี 2552 ร้อยละ 6.9 (คิดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 3.2 ล้านคน) และในปี พ.ศ. 2561 พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.6 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 65 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.7⁽²⁾



ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวน ประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน⁽³⁾ จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต คิดเป็นร้อยละ 9.42 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 4.91 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 3.11 และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง ร้อยละ 1.73⁽⁴⁾ สำหรับแผลเบาหวานที่เท้าเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยมีปัจจัยของการเกิดแผลที่เท้า ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะปลายเส้นประสาทเสื่อม หรือ ร่วมกับภาวะเส้นเลือดแดงส่วนปลายตีบในบริเวณเท้าส่วนปลาย⁽⁵⁾ โดยพบความชุกของการตัดเท้าของผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 32 และพบอัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลสูงกว่าคนที่ไม่มีแผล 3.5 เท่า⁽⁶⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์เป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบ 3 ตำบล 12 หมู่บ้าน จำนวน 1,961 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 9,408 คน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยเบาหวานและจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2558-2560 พบ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 303, 372 และ 463 คน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราความ

ชุกในผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2558-2560 คิดเป็น 32.57, 39.93 และ 49.67 คน ต่อพันประชากร⁽⁷⁾ มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นแผลที่เท้าเบาหวาน จำนวน 6 คน จำนวน 9 คน และ จำนวน 11 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองด้วยวิธีในปี 2558 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.33 ในปี 2557 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.53 และ ในปี 2560 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.64 ตามลำดับ และเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่แผลเนื่องจากผู้ป่วยไม่มารับการรักษาแผลที่เท้า จากการวิเคราะห์ระบบการปฏิบัติงานของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ พบว่าการซักประวัติที่ไม่ครอบคลุม มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าพร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลเท้าเบื้องต้น แต่ขาดการนำผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ ไปวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสม ในส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดแผลที่เท้า มีการให้บริการดูแลแผลในแต่ละราย แต่ไม่ได้ดูแลติดตามแผลของผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน และบางรายที่มีความเสี่ยงสูงผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อการคัดกรองเท้าพิเศษ ส่งผลให้เกิดแผลอักเสบติดเชื้อ ด้านระบบส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาแผลที่เท้าระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงในระดับชุมชน ทำให้ไม่ทราบถึงข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งไม่ทราบข้อมูลความครอบคลุมของผู้ป่วย รวมทั้งไม่ทราบข้อมูลความครอบคลุมของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพิจารณาในการ



คัดกรองทำเบาหวานจากทางโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงส่งผลให้มีอัตราการเกิดแผลซ้ำสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานสัมพันธ์กับการขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานไม่เหมาะสมและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานไม่ถูกต้อง⁽⁸⁾ และระบบการสนับสนุนจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ถือเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมาย การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน⁽⁹⁾ ดังนั้น การพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าจึงมีความสำคัญ โดยเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการร่วมกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer⁽¹⁰⁾ เป็นกรอบแนวคิดเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด Lewin, Moule & Goodman⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 1. การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริง หรือสะท้อนเหตุการณ์ (fact-finding or reflection) 2. การวางแผน (planning) 3. การปฏิบัติ (action) และ 4. สะท้อนการปฏิบัติ หรือการประเมินผล (evaluation) เป็นกระบวนการในการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Lewin, Moule



& Goodman⁽¹¹⁾ เป็นกระบวนการในการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ประกอบด้วย 1. การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือสะท้อนเหตุการณ์ 2. การวางแผน 3. การปฏิบัติ 4. สะท้อนการปฏิบัติ หรือการประเมินผล โดยการดำเนินการ 2 วงรอบ และใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ตามแนวคิด Creer⁽¹⁰⁾ เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1. การตั้งเป้าหมาย 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล 3. การประเมินข้อมูล 4. การตัดสินใจ 5. การลงมือปฏิบัติ 6. การสะท้อนตนเอง โดยการศึกษาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2564 เลขที่: HE632089

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่หมู่ 6 ตำบลภูโป อำเภอมือจ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ และมารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าต่ำ จำนวน 5 คน เสี่ยงปานกลางจำนวน 5 คน และเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าจำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 15 คน

2. กลุ่มสมาชิกในครอบครัวที่ระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 5 คน เสี่ยงปานกลาง จำนวน 5 คน และเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า จำนวน 5 คน รวมทั้งหมดจำนวน 15 คน 3. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 22 คน ประธานชุมชน จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพจากเทศบาล 1 คน รวมทั้งหมด 24 คน 4. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกเบาหวาน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข แพทย์แผนไทยรวมจำนวน 7 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 4 กลุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันในขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ และขั้นตอนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วย 1.) เครื่องมือระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 1.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน 1.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับกลุ่มสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1.3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับกลุ่มทีมสห



สาขาวิชาชีพ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าที่ผ่านมา การสำรวจ การคัดกรอง และการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า การจัดเก็บข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลในระดับเครือข่าย การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 แนวทางการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง 2.) เครื่องมือระยะพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า ประกอบด้วย 2.1 คู่มือการใช้แอปพลิเคชันคัดกรองเท้าเบาหวานสำหรับแกนนำดูแลเท้า 2.2 แอปพลิเคชันคัดกรองเท้าเบาหวานสำหรับแกนนำดูแลเท้า 3. เครื่องมือระยะประเมินผล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน CVI เท่ากับ 0.89 แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน CVI เท่ากับ 0.87 แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มสหวิชาชีพ CVI

เท่ากับ 0.87 และแนวทางการสนทนากลุ่มก่อนนำไปเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ค่าความตรงของเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

การดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มีนาคม 2563 ถึงเดือน เมษายน 2564 ดำเนินการ 2 วงรอบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ดำเนินการในระหว่างวันที่ 17 สิงหาคม 2563 – 30 สิงหาคม 2563 ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและพฤติกรรมในการดูแลเท้า จำนวน 15 คน สัมภาษณ์กลุ่มสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 คน สัมภาษณ์หน่วยบริการทีมสหวิชาชีพ ถึงนโยบายระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา สนทนากลุ่มเกี่ยวกับการช่วยเหลือและการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานกองทุนสุขภาพจาก



เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน

วงรอบที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 ระยะวางแผน ประชุมระดมสมองเพื่อวางแผนระบบสนับสนุน การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า เป็นการระดมความคิด จากทุกๆ มุมมอง ดำเนินการครั้งที่ 1 วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เวลา 13.00 – 14.00 น. ร่วมกันวางแผนดังนี้ 1. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) ในกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มแกนนำ ดูแลเท้า Care Foot 2. การปรับเปลี่ยนระบบ บริการสุขภาพ (Reorient health service) มีการ ปรับระบบบริการตั้งแต่ระบบการคัดกรอง ระบบ การให้บริการสุขภาพ และ ระบบการติดตาม

วงรอบที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 ระยะปฏิบัติ ปฏิบัติ ตามแผนที่พัฒนาออกแบบบริการใหม่ ในทุก ระบบบริการ ดำเนินการในวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสริมพลังอำนาจให้ทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องร่วมกันนำแผนลงสู่ปฏิบัติ กระตุ้นให้ คำแนะนำให้การสนับสนุนเสริมพลังเพื่อให้ ทุกฝ่ายสามารถดำเนินการตามแผนได้อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการติดตามบันทึกเก็บ ข้อมูลและวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีกิจกรรมดังนี้ การดำเนินกิจกรรมการจัดการ ตนเองสำหรับการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ตามรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer โดย ดำเนินกิจกรรมให้ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแล ผู้ป่วยเบาหวานประเมินภาวะสุขภาพตนเอง

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม ให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูงและเกิดแผลที่เท้า สาธิต การตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพยาบาลเป็น ผู้อธิบายวิธีการบันทึกผลในสมุดบันทึกประจำตัว ผู้ป่วยเบาหวาน และกระตุ้นการตั้งเป้าหมาย ร่วมกัน เพื่อการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

วงรอบที่ 1 ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล โดยดำเนินการวันที่ 8 เมษายน 2564 ประเมินผล การดำเนินการวิจัย พบว่า ยังมีประเด็นที่ยังไม่ บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการจัดการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่สามารถตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ และทักษะการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วย เบาหวานของแกนนำดูแลเท้า Care Foot

วงรอบที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 ระยะวิเคราะห์ สถานการณ์ โดยดำเนินการวันที่ 8 เมษายน 2564 ศึกษาสถานการณ์จากอุปสรรคปัญหาในวงรอบที่ 1 ในระบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นและความ ครอบคลุม เช่น การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุ พฤติกรรมการ ดูแลเท้าของผู้ป่วย การคัดกรองความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลที่เท้าโดยใช้แอปพลิเคชันคัดกรอง

วงรอบที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 ระยะวางแผน โดย ดำเนินการวันที่ 8 เมษายน 2564 หลังจากผู้วิจัยได้ นำเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะจากการสะท้อน ผลการปฏิบัติ จากการพัฒนาในวงรอบที่ 1 ร่วม ดำเนินการวางแผน 1) ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการ



ดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้ว และกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) อบรมทักษะการเรียนรู้การตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ฝึกใช้ Monofilament ในการตรวจจริง และอบรมทักษะการเรียนรู้การตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ฝึกใช้ Monofilament ในการตรวจจริง

วงรอบที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 ระยะปฏิบัติ มีการทบทวนการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นรายบุคคลในชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 และติดตามอีก 2 สัปดาห์ เพื่อสังเกตพฤติกรรมการร่วมกับฝึกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้วเป็นคนบันทึกข้อมูลให้และอบรมฟื้นฟูทักษะการตรวจเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ในวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2564 ในด้านสมรรถนะด้านการฝึกใช้ Monofilament ทักษะการตรวจการไหลเวียนเลือด (คลำชีพจร) การใช้แอปพลิเคชันในการคัดกรองเท้าในแกนนำดูแลเท้า Care Foot

วงรอบที่ 2 ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล สะท้อนผลการปฏิบัติงานจากการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ดำเนินการในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2564 โดยร่วมกันประเมินผลและทบทวนการปฏิบัติกระบวนการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าวงรอบที่ 1

1.1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า และบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจำนวน 15 คน มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) อยู่ในช่วง 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 40 และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ในช่วง 183 – 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 13.33 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 118 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด คือ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด คือ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.67 ประวัติการเกิดแผลที่เท้า/ตัดนิ้วเท้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานไม่เคยมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดนิ้วเท้า ร้อยละ 60 ในส่วนที่มีประวัติเคยเกิดแผลที่เท้า/ตัดนิ้วเท้า ร้อยละ 40 ส่วนมากเกิดแผลที่เท้าข้างขวามากกว่าข้างซ้าย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีประวัติการขาที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง คิดเป็นร้อยละ 60

ด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่าส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียวเป็นหลัก มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รับประทานอาหารไม่รสหวาน คิดเป็นร้อยละ 60 รับประทานอาหารเสริม และใช้สมุนไพรเพื่อลดระดับน้ำตาล



ในเลือด คิดเป็นร้อยละ 13.33 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ออกกำลังกาย แต่ไม่สม่ำเสมอ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 แบ่งเป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน และกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 3 คน พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด พบว่า รับรู้ว่าตนเองมีความเครียดมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 โดยมีวิธีการจัดการความเครียดโดยปรึกษาพูดคุยกับคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 53.3 พฤติกรรมการดูแลเท้า พบว่า การรักษาความสะอาดผิวหนังบริเวณเท้า หลังล้างเท้าส่วนใหญ่ไม่มีการเช็ดเท้าให้แห้ง ไม่เช็ดบริเวณซอกนิ้ว จะปล่อยให้แห้งเอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.66 ไม่ได้ตรวจดูเท้าตนเองทุกวัน เพื่อค้นหาความผิดปกติของเท้า เป็นจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ไม่ได้ทาครีมบำรุงที่เท้าเพื่อป้องกันผิวแห้งแตก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และไม่ได้มีการบริหารเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่เท้า การรับรู้สาเหตุของการเกิดแผลที่เท้าส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเกิดจากสาเหตุอะไร คิดเป็นร้อยละ 60

1.2 ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีประเด็นหลัก คือ การปรับระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง ระบบการให้บริการสุขภาพ และระบบติดตามผู้ป่วย สำหรับระบบการติดตามผู้ป่วยโดยแกนนำดูแลเท้า Care Foot ทำการนัดติดตามผู้ป่วยทุก 1 เดือน ติดตามและสรุปข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานให้กับทาง รพ.สต. โดยใช้

ช่องทางการสื่อสารปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยผ่านทาง Line และลงบันทึกการติดตามในแบบบันทึกเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. เพื่อวางแผนการติดตาม และจัดการปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรวดเร็วขึ้น

1.3 การจัดการตนเอง (Self-management) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า การศึกษาครั้งนี้นำเสนอข้อมูลการจัดการตนเอง (Self-management) ตามกรอบแนวคิดของ Creer⁽¹⁰⁾ นำเสนอข้อมูลการจัดการตนเองโดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5 คน มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองในระยะสั้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองทุกวัน มีการรวบรวมข้อมูลการรักษาโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง จากแหล่งต่างๆ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่เชื่อว่าถ้าไปรักษากับแพทย์จะได้รับการตัดอวัยวะ หรือตัดเท้า จึงตัดสินใจดูแลตนเองด้วยการทำแผลเองที่บ้าน 2) การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่า มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง จำนวน 3 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานอีก 2 คน ไม่เคยตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีการสะท้อนตนเองในด้านพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ส่งผล



ต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดจากการรับประทานผลไม้รสหวานในปริมาณที่มากของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ และขาดการติดตามประเมินผลในด้านการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องหาวิธีหรือแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า พบว่า มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง จำนวน 2 คน โดยผู้ป่วยเบาหวานอีก 3 คน ไม่เคยตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจดูเท้าตนเองทุกวัน ทั้ง 5 คน ในด้านการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีการสอบถามข้อมูลการดูแลตนเอง จากแหล่งต่างๆ เช่น จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาเบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และนำคำแนะนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับ นำไปสู่การตัดสินใจในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งมีการประเมินผลจากการได้ลองปฏิบัติ

1.4 การพัฒนาทักษะการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำดูแลเท้า Care Foot พบปัญหาอุปสรรค แกนนำดูแลเท้าในชุมชนยังขาดทักษะในการตรวจประเมินเท้าเบื้องต้น โดยการใช้ Monofilament และการคลำชีพจรที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน

2. ผลการวิจัยการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้ารอบที่ 2

2.1 การจัดการตนเอง (Self-management) พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานสามารถตั้งเป้าหมาย การปฏิบัติตามเป้าหมายได้ จำนวน 10 คน ไม่สามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการดูแลตนเองได้ จำนวน 5 คน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายได้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบกับการรับฟังข้อมูลในการตัดสินใจดูแลตนเองที่ฟังไม่เข้าใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงมีบทบาทในการช่วยตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีตั้งเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงเกิน 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 4 คน ตั้งเป้าหมายการออกกำลังกาย จำนวน 3 คน ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมลดเคี้ยว จำนวน 2 คน งดอาหารที่มีรสเค็ม จำนวน 1 คน จากการประเมินสมุดบันทึกตรวจเท้า พบว่า มีการตรวจดูเท้าตนเอง เช็ดเท้า บริหารเท้าทุกวัน ในส่วนที่ตั้งเป้าหมายไม่สำเร็จ จำนวน 5 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาล หลังประเมินผลพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมรับประทานผลไม้รสหวานตามฤดูกาล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานบางรายยังไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งได้สำเร็จ



2.2 การพัฒนาทักษะการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยเบาหวานของแกนนำดูแลเท้า Care Foot พบว่า หลังการอบรมทักษะการตรวจเท้าด้วย Monofilament การใช้แอปพลิเคชันตรวจเท้าเบาหวานภายในชุมชน ยังพบว่าสมรรถนะด้านการฝึกใช้ Monofilament ผ่านร้อยละ 86 ทักษะการตรวจการไหลเวียนเลือด(คลำชีพจร) ผ่านร้อยละ 73.33 ปัญหาการใช้สมาร์ทโฟน เนื่องจากสมาร์ทโฟนเครื่องเก่า มีความชำรุดในการเปิดใช้แอปพลิเคชัน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าและบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 53.33 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 183 - 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด คือ 251 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 13.33 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่เป็นการบริโภคข้าวเหนียวเป็นหลัก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 รับประทานผลไม้รสหวาน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของ

ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการชาบริเวณเท้าหรือการรับรู้ความรู้สึกบริเวณเท้าผิดปกติ ร้อยละ 26.66 เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เหมาะสมร่วมกับมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการบริหารเท้าเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดที่เท้า ส่งผลให้เกิดอาการชาบริเวณเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของอำพร นามวงศ์ พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์⁽¹¹⁾ ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาความสะอาดเท้าผู้ป่วยเบาหวานมีการล้างเท้าทุกวัน แต่หลังจากอาบน้ำไม่เช็ดบริเวณซอกนิ้ว จะปล่อยให้แห้งเอง ร่วมกับใช้แปรงขัดเท้าขนาดเล็กขัดบริเวณสันเท้าที่แตกเพื่อให้หนังบริเวณสันเท้าแตกหลุด ด้านการตรวจเท้าส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจดูเท้าตนเองทุกวัน โดยผู้ป่วยเบาหวานบางรายลืมตรวจเท้า บางรายเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา ทำให้ตรวจดูเท้าไม่ได้ จะใช้การลูบคลำเท้าแทน และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้า ส่วนใหญ่จะทำแผลเองร่วมกับซื้อยาแก้อักเสบมารับประทานเอง และเมื่อแผลมีความรุนแรงขึ้น จึงมารับการรักษาที่แพทย์และทำแผลต่อเนื่องที่ รพ.สต. ส่งผลให้แผลที่เท้าผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌิปปาไทย ศิลาเจริญ⁽⁸⁾ ว่าพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานไม่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดขา

2. ผลการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า



จากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าตามกรอบแนวคิดของ Creer⁽¹⁰⁾ 2 วงรอบ ภายหลังจากศึกษาและติดตาม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการฝึกตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถตั้งเป้าหมายและปฏิบัติตามเป้าหมายได้ จำนวน 10 คน อีก 5 คน ไม่สามารถตั้งเป้าหมายได้เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงมีส่วนร่วมในการร่วมตั้งเป้าหมาย และกระตุ้นเตือนในการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในวงรอบพัฒนาที่ 2 ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ คิ้วกลัด ปัญญารัตน์ ลาภวงษ์วัฒนา และกมลรัตน์ ชาญสาธิตพร⁽¹³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ได้ประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดของ Creer โดยการให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ในโรคเบาหวาน ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

3. ระบบการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานที่เท้า
การวิจัยนี้ทำให้เกิดการพัฒนาระบบสนับสนุนการ

จัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า โดยที่ประชุมได้เลือกการสนับสนุนระบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ในวงรอบที่ 1 พบว่ามี 2 ประเด็นหลัก คือ 1. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มแกนนำ Care Foot 2. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยทำการปรับระบบบริการตั้งแต่ระบบการคัดกรองระบบการให้บริการสุขภาพ และ ระบบการติดตาม โดยทั้ง 3 ระบบมีความเชื่อมโยงครอบคลุมตั้งแต่ระดับในชุมชน รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย เกิดการนำนวัตกรรมมาสร้างเครือข่ายแกนนำในชุมชนในการร่วมคัดกรองโดยใช้แอปพลิเคชันคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยแกนนำชุมชน ร่วมกับประเมินติดตามต่อเนื่องตามระบบการให้บริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถชะลอความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณูช สัตยสมบูรณ์⁽¹⁴⁾ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป คือ การฝึกทักษะความรู้ การตั้งเป้าหมายหลักร่วมกัน การฝึกทักษะวัดความดันโลหิต การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการให้คำปรึกษาเป็นระยะ



จะมีประสิทธิภาพดีต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการดูแลตัวเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การดำเนินกิจกรรมการจัดการตนเอง (Self-management) ตามกรอบแนวคิดของ Creer เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการกระตุ้นเตือนและเพิ่มระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมในการดำเนินการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุ ร่วมกับประเมินผลกิจกรรมเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีส่วนร่วมในการร่วมตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง โดยค่อยๆ เพิ่มระดับความยากง่ายของเป้าหมาย พร้อมทั้งส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า

เอกสารอ้างอิง

1. Ammar Ibrahim. What is diabetes. International Diabetes Federation. [Internet]. 2017 [cited 2019 June 12] Available from <https://diabetesatlas.org/>
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรคNCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1: กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2563.
3. World Health Organization. Global report on diabetes. [Internet]. 2016. [cited 2019 May 1]. Available from World Health Organization 2016 WHO/NMH/NVI/16.3.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจารย์ ทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้ร่วมกระบวนการพัฒนางานรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาอบรมประสิทธิภาพประสาทความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้วิจัย และขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้



4. สำนักกระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2560.
5. Szabad G. Diabetic foot syndrome. Orvosi hetilap. 2011;152-29
6. Junrungsee S, Kosachunhanun N, Wongthane A, Rerkasem K. History of foot ulcers increases mortality among patients with diabetes in Northern Thailand. [Internet]. 2011. [cited 2019 May 25] Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-5491.2011.03262.x>
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์. รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์; 2561.
8. นิปไทย ศิลาเจริญ. ปัจจัยทำนายการถูกตัดนิ้วเท้าหรือตัดในผู้ป่วยมีแผลที่เท้าจากเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี:วารสารกรมการแพทย์. 2560; 42:258 – 67.
9. ชดช้อย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง:กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค Self-management Support: Strategies for Promoting Disease Control. วารสารวิทยาลัยพยาบาลปกเกล้า. 2558;26 (ฉบับเพิ่มเติม):117 – 127.
10. Creer LT. Self – management of chronic illness. Handbook of self – regulation. Calif Acad. 2000; 601-29.
11. Lewin, K. Action research and minority problems. Social Issues.1946; 34-46.
12. อำภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล. 2553; 25:351-63.
13. กนกวรรณ ดั่งกลัด ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และกสมรัตน์ ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563; 36:1 66-82.
14. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563; 7:2232-243.



ประสิทธิผลของไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผีในการลดภาวะสิ่วอักเสบ

Effectiveness of cleome viscosa linn. extract hydrogel on acne inflammation

อิสริย์ จิตต์สมนึก¹, ดวงพร นะคาพันธุ์ชัย²

Issree Jittsomnuk¹, Duangporn Nacapunchai²

Received: October 08, 2021

Revised: September 05, 2021

Accepted: September 12, 2021

บทคัดย่อ

สิ่วคือการอักเสบของรูขุมขนและต่อมไขมัน เป็นหนึ่งในภาวะผิดปกติทางผิวหนังซึ่งสามารถเกิดกับทุกเพศทุกวัย ส่งผลกระทบต่อรูปลักษณ์ภายนอก ซึ่งมีผลต่อบุคลิกภาพและจิตใจ ในปัจจุบันผู้มีภาวะสิ่วอักเสบนิยมซื้อยามารักษาด้วยตนเอง อย่างไม่เหมาะสม มีผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง และอาจมีผลข้างเคียง คือ การฉีกขาดและภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น การเลือกใช้สารธรรมชาติจากสมุนไพร เช่น ผักเลี่ยนผี ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้ เช่น *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus aureus* เพื่อลดการอักเสบของสิ่ว จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปลอดภัยจากผลข้างเคียงดังกล่าว โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผีในการลดภาวะการอักเสบของสิ่ว และเพื่อนำองค์ความรู้นี้ ไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์รักษาสิ่วและลดภาวะผิวหนังอักเสบต่อไป โครงการวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสิ่วอักเสบ 2 กลุ่ม ในบุคคลเดียวกัน คือ กลุ่มสิ่วที่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผีและกลุ่มสิ่วที่ไม่ได้รับการทา ในอาสาสมัครสุขภาพดี เพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยวัด ขนาด ความบวม และความแดงของสิ่ว ก่อนทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผี และหลังทาที่เวลา 1, 2 และ 72 ชั่วโมง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา และใช้สถิติ Paired T-Test เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของภาวะสิ่วอักเสบของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มสิ่วที่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผี มีภาวะสิ่วอักเสบลดลงเร็วกว่ากลุ่มสิ่วที่ไม่ได้รับการทา โดยมีภาวะสิ่วอักเสบลดลงที่ 72 ชั่วโมง เท่ากับ -99.33 ± 3.65 , -19.77 ± 8.39 และ $-7.34 \pm 3.66\%$ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีประสิทธิผลในการลดภาวะสิ่วอักเสบเท่ากับ -54.82 ± 17.92 , -9.24 ± 9.35 และ $-6.67 \pm 4.20\%$ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ตามลำดับ สรุปได้ว่าไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเลี่ยนผีสามารถลดภาวะสิ่วอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย ควรมีการศึกษาและพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: สารสกัดผักเลี่ยนผี, ไฮโดรเจล, สิ่วอักเสบ

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา



Abstract

Acne is a common inflammatory skin condition caused by clogged hair follicles and overactive sebaceous glands that can happen to people of all ages and sexes which result in outward appearance that could affect a person's personality and confidence. At present time, people with acne prefer to buy over the counter drug and self-cured inappropriately, which could lead to reduced effectiveness of the cure and could cause side effects such as drug-tolerant and complications. Therefore, an alternative to use substance with natural derivatives such as *Cleome viscosa* which has inflammation reduction and anti-bacteria such as *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus aureus* properties to reduce acne inflammation is one of the safe alternatives from the above-mentioned unwanted side effects. The objective of this study is to evaluate the efficacy of *Cleome viscosa* extract hydrogel on acne inflammation and to use the study's findings to develop acne treatment products and skin inflammation remedies in the future. In this study, quasi-experimental research was designed to compare differences in two acne lesion groups - one acne group received *cleome viscosa* hydrogel treatment, one did not receive any treatment - on 30 healthy male and female volunteers aged 18 and above. The primary outcome is expressed in size, oedema, and erythema measurements before and 1, 2 and 72 hours after *cleome viscosa* hydrogel treatment. Statistical data analyses, namely descriptive data analysis and paired t-test, were then used to investigate acne lesion reduction differences between the two groups. The study's findings show that acne group treated with *Cleome viscosa* extract hydrogel demonstrates faster inflammation reduction in total acne lesions than untreated group, with acne inflammation reduced at 72 hours equal to -99.33 ± 3.65 , -19.77 ± 8.39 and $-7.34 \pm 3.66\%$ in size, oedema and erythema respectively, the difference has statistical significance ($p\text{-value}=0.05$) when compared with untreated group. Treated acne group also has better efficacy in acne lesion reduction, with effectiveness of -54.82 ± 17.92 , -9.24 ± 9.35 and $-6.67 \pm 4.20\%$ in size, oedema, and erythema respectively. In conclusion, *Cleome viscosa* extract hydrogel is safe and effective on acne inflammation. Further study and development should be pursued.

Keywords : extract *Cleome viscosa*, hydrogel, acne inflammation



บทนำ

สิว คือ การอักเสบของรูขุมขนและต่อมไขมัน เป็นหนึ่งในภาวะผิดปกติทางผิวหนังซึ่งสามารถเกิดกับทุกเพศทุกวัย⁽¹⁾ พบได้บ่อยบริเวณ ใบหน้า ส่วนบนของลำตัว และหน้าอก⁽²⁾ สิวเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหลักๆ ของการเกิดสิวมักเกิดจากการอุดตันของรูขุมขนที่เกิดจากผิวหนังที่ตายแล้วไม่ยอมหลุดออกไปจับตัวกันแน่นอยู่ในรูขุมขน เมื่อรวมกับเชื้อ *Propionibacterium acnes* และไขมันที่ต่อมไขมันบริเวณรูขุมขนขับออกมา กลายเป็นก้อนอุดตันขึ้น ต่อมาเชื้อ *P.acnes* จะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและสามารถย่อยไขมันจนกลายเป็นกรดก่อให้เกิดการอักเสบตามมา⁽³⁾ อาจมีลักษณะตุ่มแดง (papule) หรือ ตุ่มหนอง (pustule) มักอยู่บริเวณผิวด้านบน แต่ถ้าอยู่ด้านล่างมักเป็นถุงสิวหรือลักษณะเป็นก้อน⁽⁴⁾ สิวไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และจิตใจ อาจทำให้ลดความเชื่อมั่นในตนเองลดลง⁽⁵⁾ เพราะมักทิ้งรอยสีน้ำตาลดำ (post Inflammatory pigmentation) นานหลายเดือนกว่าจะจาง หรือรอยแผลเป็น

แนวทางการรักษาสิวปัจจุบัน คือ กำจัดปัจจัยก่อเกิดสิว เช่น การลดความมันร่วมกับยาทา 3 กลุ่มใหญ่ คือ ยาปฏิชีวนะ ยาเบนซิลล์-เปอร์ออกไซด์ ยาทากลุ่มวิตามินเอ ส่วนยาชนิดรับประทาน ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยากลุ่มกรดวิตามินเอ สเตียรอยด์ ฮอร์โมน ซึ่งมีราคาสูงด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่ในประเทศไทยจึงพยายามหาซื้อยามารักษาภาวะอักเสบที่ผิวหนัง

ด้วยตนเองเพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง และมีผลข้างเคียงคือ การดื้อยาและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาปฏิชีวนะและยาทาสเตียรอยด์ชนิดแรง^(6,7)

ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีการค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาและวิธีรักษาสิวเพื่อลดอัตราการดื้อยาและผลข้างเคียง เช่น มีการศึกษาวิจัยโดยนำสารสกัดจากธรรมชาติมาใช้ในการรักษาสิวจากชาเขียว ดาวเรืองฝรั่ง เปลือกมังคุด ฟักทะเลาโจร บัวบก เป็นต้น^(8,9) ในตำรายาไทย มีการนำผักเสี้ยนผีมาทำเป็นยาทาภายนอกเพื่อรักษาแผลอักเสบ แผลเป็นหนอง ช่วยขับหนอง ในร่างกายหรือทำให้หนองแห้ง⁽⁶⁾

ผักเสี้ยนผีในด้านพฤกษเคมีเบื้องต้นพบสารประกอบหลัก เช่น แทนนิน อัลคาลอยด์ ฟลาโวนอยด์ เป็นต้น ทางเภสัชวิทยาทั้งต้นของผักเสี้ยนผี พบว่ามีสารธรรมชาติ ที่มีสรรพคุณมากมายที่น่าสนใจคือ มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ได้บางชนิด เช่น *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus aureus* และ *Streptococcus epidermidis*^(10,11,12) เป็นยาต้านการอักเสบที่ปราศจากสเตียรอยด์ โดยมีกลไกไปยับยั้งการสร้างเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส (Cyclooxygenase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่สังเคราะห์ โพรสตาแกลนดิน (prostaglandins)⁽¹³⁾ สาร coumarinolignoid สามารถยับยั้งสารเริ่มต้นในกระบวนการอักเสบ⁽¹⁴⁾ ช่วยเร่งให้เนื้อเยื่อเกิดกระบวนการซ่อมแซมแผล มีเซลล์อักเสบ



น้อยลง ช่วยให้เส้นใยคอลลาเจนเจริญขึ้นในเนื้อเยื่อ⁽¹⁵⁾ มีสารกลุ่มไทเทอร์พีนช่วยสมานแผล ได้แก่ Lupeol⁽¹⁶⁾ ด้านการอักเสบได้ดี เช่นเดียวกับที่ใช้ในการแพทย์พื้นบ้าน⁽¹⁷⁾ มีอัตราการหดตัวเร็วขึ้น และปริมาณไฮดรอกซีโพรลีน (hydroxyproline) ของคอลลาเจนสูงขึ้น โดยสารออกฤทธิ์นี้ช่วยสมานแผล โดยไปช่วยเพิ่มอัตราการหดตัวของบาดแผล^(18,19)

เจลแต้มผิวที่มีอยู่โดยทั่วไปในท้องตลาดนั้นมักเป็นเจลที่ใช้ตัวยาจากสารเคมีสังเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ บางชนิดเป็นกลุ่มยาปฏิชีวนะซึ่งอาจมีอันตรายต่อผู้บริโภครวมถึงเลือกใช้ไฮโดรเจล⁽²⁰⁾ ซึ่งมีคุณสมบัติเด่นในเรื่องความสามารถในการดูดซับน้ำได้สูงได้นาน และยอมให้น้ำแพร่ผ่านได้ มีความเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อหรือร่างกายมนุษย์ ใช้งานง่าย มาผสมกับสารสกัดจากผักเสี้ยนผี ซึ่งเป็นสารสกัดจากพืชที่มีอยู่มากมายมาใช้ ซึ่งได้ผลดีสอดคล้องกับข้อมูลข้างต้น แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ทดสอบผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในการรักษาผิวในมนุษย์ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงเลือกศึกษา ประสิทธิภาพของไฮโดรเจล ผสมสารสกัดจากผักเสี้ยนผีในการลดภาวะผิวแห้งอักเสบที่ชนิดไม่รุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีในการลดภาวะผิวแห้งอักเสบที่ชนิดไม่รุนแรง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 1-101/2018 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก คือ 1) อาสาสมัครสุขภาพดี หรือผู้เข้าร่วมโครงการ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการมาแล้วลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีภาวะอักเสบที่ผิวหนังชนิดไม่รุนแรงจากผิว 3) ไม่ได้รับการรักษาผิวหนังใน 2 เดือนก่อนหน้านี้

ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อาสาสมัครต้องการเลิก 2) ไม่สามารถมาติดตามผลการรักษาได้ 3) อาสาสมัครตั้งครรภ์ 4) เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ระหว่างทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ไฮโดรเจลสารสกัดผักเสี้ยนผี การเตรียมสารสกัดผักเสี้ยนผี โดยนำเมล็ดพันธุ์ผักเสี้ยนผีมาจากอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี หลังจากได้รับการการยืนยันลักษณะพรรณไม้ชื่อวิทยาศาสตร์ตามหลักพฤกษศาสตร์ ว่าเป็นผักเสี้ยนผี วงศ์ capparaceae ชื่อวิทยาศาสตร์ *Cleome viscosa* L จากสถาบันวิจัยสมุนไพร



สำนักหอพรรณไม้ จึงนำมาปลูกที่สวนพฤกษศาสตร์ อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด สมุทรสาคร เป็นเวลา 3 เดือน จากนั้นเก็บทั้งต้นมา ล้าง หั่น ตาก อบ และหมักด้วยแอลกอฮอล์ 95% เป็นเวลา 7 วัน⁽¹⁷⁾ นำมาสกัดด้วยเครื่องกลั่นระเหยสารสูญญากาศ (rotary evaporator) เพื่อเอาแอลกอฮอล์ออก ได้สารสกัดหยาบลักษณะสีเขียวข้น จากนั้นนำสารสกัดที่ได้ไปทำการตรวจสอบหาสารพฤษเคมีเบื้องต้น พบสารสำคัญ คือ alkaloids, flavonoids, phenols, saponins, tannins เป็นต้น จากนั้นนำไปผสมกับไฮโดรเจลซึ่งประกอบด้วย สารคงความชื้น กลีเซอริน (glycerin) และน้ำ ปรับด้วยสารเพิ่มความข้นหนืดคาร์โบเมอร์ (carbomer) จนได้เนื้อเจลใสสีเขียวธรรมชาติ มีค่าความเป็นกรด-ด่าง คือ pH อยู่ระหว่าง 5.5-6.5 บรรจุในหลอดพลาสติกชนิดโพลิโอเลฟินส์ (polyolefin) ปริมาณ 20 กรัมต่อหลอด ผ่านการทดสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ตามข้อกำหนดเกี่ยวกับสารสกัดสมุนไพร ผ่านการทดสอบฤทธิ์การต้านเชื้อจุลินทรีย์ (antimicrobial susceptibility test) สำหรับ *Staphylococcus aureus* ATCC6538 และ *Propionibacterium acnes* ATCC6919) โดยศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (MUPY-CAPQ) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำการทดสอบความระคายเคืองต่อผิวหนังของผลิตภัณฑ์ไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ในอาสาสมัครชายและหญิง อายุ 18-60 ปี จำนวน 10 คน พบว่าค่าเฉลี่ยความแดงของผิวอาสาสมัคร ก่อนและหลังการทำไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ที่เวลา 4, 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ไฮโดรเจลผสมสารสกัด

ผักเสี้ยนผี จึงไม่ก่อให้เกิดการแพ้และระคายเคืองต่อผิวหนัง ในอาสาสมัคร

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เอกสารประกอบ 4 ฉบับ คือ แบบชี้แจงอาสาสมัคร แบบยินยอมของอาสาสมัคร แบบบันทึกประเมินผลก่อนและหลังทำไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี และวิธีการทำไฮโดรเจลสารสกัดผักเสี้ยนผี และบัตรนัดติดตามผลการรักษา

3) เครื่องมือใช้วัดขนาด วัดความแดง และการบวม

(1) เวอร์เนียคาลิเปอร์ (Vernier caliper) เพื่อใช้วัดขนาด

(2) เครื่องวัดการบวมอีกเสบของผิวหนัง ที่ใช้คือ เครื่อง Moisture Meter D ของ บริษัท Delfin Technologies Ltd. ประเทศฟินแลนด์ เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยในการตรวจวิเคราะห์สภาพใต้ผิวหนังด้วยการประเมินปริมาณน้ำในเนื้อเยื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ (0 - 100%)

(3) เครื่องวัดการอักเสบโดยการวัดความแดงที่ผิวหนัง ด้วยเครื่องวัดเม็ดสี Skin Color Catch ของบริษัท Delfin Technologies Ltd ประเทศฟินแลนด์ วัดอาการแดง และดัชนีเมลานินแสดง RGB พิกัดสี การเปลี่ยนแปลงผื่นแดงมีค่าระหว่าง 0 ถึง 999

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสถานภาพบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ด้วยการสัมภาษณ์ และได้มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยให้อ่านก่อนตัดสินใจร่วมคัดเลือกออาสาสมัครเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้



จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม แล้วคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าที่ระบุในแบบสอบถามข้อมูล โดยเรียงลำดับตามการมารับการวิจัย จนครบ 30 คน ผู้ผ่านการคัดเลือกกรอกประวัติส่วนตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร ในแบบสอบถาม และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบแสดงความยินยอม หลังจากนั้นดำเนินการทดลองโดยนัดชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและตรวจร่างกายโดยแพทย์ผู้วินิจฉัย ให้ข้อมูลคำแนะนำถึงวิธีปฏิบัติตัวระหว่างอยู่ในโครงการวิจัยอย่างละเอียดแก่อาสาสมัครทั้ง 30 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทดสอบอาการแพ้ของอาสาสมัคร ก่อนดำเนินการทดสอบจริง โดยทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีที่ท้องแขนด้านในทั้ง 2 ข้าง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 เซนติเมตร ทิ้งไว้นาน 5 นาที หากพบผื่นแดงจะคัดออก จากนั้นให้ล้างหน้า หรือทำความสะอาดผิวบริเวณที่เป็นผิว และทดลองทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ตามลำดับเวลาต่างกัน ภายในวันเดียวกัน โดย

1) วัดขนาดด้วยเวอร์เนียคาลิเปอร์ตามความกว้าง เพื่อประเมินขนาด พร้อมระบุหมายเลข ลำดับของอาสาสมัคร

2) วัดความบวมด้วยเครื่อง Moisture Meter D ก่อนและหลังทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีแล้ว 1 และ 2 ชั่วโมง

3) วัดความแดงด้วยเครื่องวัดเม็ดสี Skin Color Catch ก่อนและหลังทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีแล้ว 1 และ 2 ชั่วโมง

4) ให้บัตรนัดพร้อมคู่มือการใช้และไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีความจุ 20 กรัม ต่อหลอด จำนวน 2 หลอด นำไปใช้ที่บ้าน

5) นัดตรวจติดตามครั้งสุดท้าย อาสาสมัคร 30 ท่าน เวลาตามนัด เพื่อประเมินโดยแพทย์ผู้วินิจฉัย และถ่ายภาพด้วยรูปแบบเดิมเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง (3 วัน)

6) วัดขนาดด้วยเวอร์เนียคาลิเปอร์ เพื่อประเมินขนาด ตามลำดับของอาสาสมัคร

7) วัดความบวมด้วยเครื่อง Moisture Meter D

8) วัดความแดงด้วยเครื่องวัดเม็ดสี Skin Color Catch

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์หาค่าสถิติ สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (descriptive analysis) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ในการวิเคราะห์เริ่มจากการเปรียบเทียบภาวะผิวหนังอักเสบ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ระหว่างกลุ่มที่จะได้รับการทาและไม่ทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ก่อนทดสอบ (ที่ 0 ชั่วโมง) พร้อมทั้งใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความบวม และความแดงของผิวทั้ง 30 คู่ โดยไม่แยกกลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลภาวะผิวหนังอักเสบแต่ละคู่ที่ได้รับการทาและไม่ทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีมาเปรียบเทียบกัน และติดตามผลการรักษาในแต่ละช่วงเวลาหลังทาไฮโดรเจล คือ 1, 2 และ 72 ชั่วโมง ด้วยสถิติ Paired T-Test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



จากนั้นคำนวณค่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลง
สัมพัทธ์ของภาวะสีวักเสบ
แต่ละด้าน ซึ่งคือร้อยละของการเปลี่ยนแปลง
ระหว่างหลังและก่อนการรักษาเมื่อเทียบกับก่อน
รักษา แสดงดังสมการที่ (1) ต่อไปจะขอเรียกว่า
“ค่าการเปลี่ยนแปลงภาวะสีวักเสบ” ซึ่งแทนการ
เพิ่มขึ้นหรือลดลงของภาวะสีวักเสบ โดยถ้ามีค่า
เป็นลบหมายถึงภาวะสีวักเสบลดลง แต่ถ้ามีค่า
เป็นบวกหมายถึงภาวะสีวักเสบเพิ่มขึ้น

$$x_{imp}(t_i) = \frac{x(t_i) - x(t_0)}{x(t_0)} \times 100 \quad (1)$$

โดยที่

$x_{imp}(t_i)$ คือ ค่าการเปลี่ยนแปลงภาวะสีวักเสบ
ของด้าน x (ด้านขนาด ความบวม หรือความแดง)
ที่เวลา t_i เมื่อเทียบกับที่เวลา 0 ชั่วโมง

$x(t_i)$ คือ ค่าภาวะสีวักเสบ ด้านขนาด ความ
บวม หรือ ความแดง ของสีว ที่เวลา t_i ($t_i = 1, 2$
หรือ 72 ชั่วโมง)

$x(t_0)$ คือค่าภาวะสีวักเสบ ด้านขนาด ความ
บวม หรือ ความแดง ที่เวลาก่อนทดสอบ
(ที่ 0 ชั่วโมง)

จากนั้นหาผลต่างของการเปลี่ยนแปลง
ภาวะสีวักเสบด้านขนาด ความบวม และ
ความแดง ของกลุ่มที่ทำและไม่ทำไฮโดรเจลผสม
สารสกัดผักเสี้ยนผี ที่เวลา 1, 2 และ 72 ชั่วโมง ซึ่ง
จะเรียกว่า “ค่าประสิทธิผล” โดยใช้สมการที่ (2)
(หมายเหตุ ค่าเป็นลบแสดงว่ามีประสิทธิผลใน
การลดการอักเสบ โดยถ้าค่าลบมากหมายถึงมี
ประสิทธิผลในการลดการอักเสบที่มาก)

$$x_{eff}(t_i) = x_{imp}(t_i)_T - x_{imp}(t_i)_U \quad (2)$$

โดยที่

$x_{eff}(t_i)$ คือ ประสิทธิผล ด้าน x ที่เวลา t_i เมื่อ x คือ
ภาวะสีวักเสบด้านขนาด ความบวม หรือความ
แดง และ $t_i = 1, 2$ และ 72 ชั่วโมง

$x_{imp}(t_i)_T$ คือ การเปลี่ยนแปลงภาวะสีวักเสบ
ด้าน x ที่เวลา t_i เมื่อเทียบกับก่อนทดสอบ (ที่เวลา
0 ชั่วโมง) ในกลุ่มที่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสม
สารสกัดผักเสี้ยนผี $x_{imp}(t_i)_U$ คือ การ
เปลี่ยนแปลงภาวะสีวักเสบ ด้าน x ที่เวลา t_i เมื่อ
เทียบกับก่อนทดสอบ (ที่เวลา 0 ชั่วโมง) ในกลุ่มที่
ไม่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี

ผลการศึกษา

หลังสิ้นสุดการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่าง
สูญหายระหว่างการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน
30 คน เป็นเพศชาย 20 คน (66.7%) เพศหญิง
10 คน (33.3%) อายุเฉลี่ย 21.7 ± 3.58 ปี โดยอายุ
ต่ำสุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 35 ปี

ผลการเปรียบเทียบภาวะสีวักเสบด้าน
ขนาด ความบวม และความแดง ของกลุ่มที่ไม่ได้
รับการทากับกลุ่มที่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสม
สารสกัดผักเสี้ยนผี ก่อนเริ่มทดสอบ(ที่ 0 ชั่วโมง)
ของสีวทั้งหมด 30 คู่ แสดงดังตารางที่ 1 เมื่อ
พิจารณาด้านขนาด พบว่า สีวแต่ละคู่ไม่แตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่เมื่อ
พิจารณาด้านความบวมและความแดง พบว่า สีว
แต่ละคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์
ระหว่างความบวมและความแดงของสีวทั้งหมด
30 คู่ พบว่า ความบวมและความแดงของสีวไม่มี
ความสัมพันธ์กัน (ดูตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 ค่าทางสถิติของภาวะสิวอักเสบ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ของกลุ่มที่ไม่ทาและที่ทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ก่อนการทดสอบ (ที่ 0 ชั่วโมง) และค่าความต่างกันทางสถิติของทั้ง 2 กลุ่ม

ก่อนทดสอบ (ที่ 0 h)	ไม่ทา Untreated (U) n=30	ทา Treatment (T) n=30	P-value
ขนาด (mm)	2.50±0.37	2.50±0.37	-
ความบวม (%)	54.47±4.11	54.28±5.56	0.784
ความแดง (0-999)	479.40±17.92	485.23±12.87	0.154

ตารางที่ 2 สหสัมพันธ์ระหว่างความบวมและความแดงของสิวทั้ง 30 คู่ ก่อนการทดสอบ (ที่ 0 ชั่วโมง)

ก่อนทดสอบ (ที่ 0 h)	ไม่ทา Untreated (U) และ Treated (T) n=60
ความบวม (%)	54.38±04.85
ความแดง (0-999)	482.32±15.75
Pearson Correlation P-value	0.92

ผลการเปรียบเทียบภาวะสิวอักเสบของ กลุ่มสิวที่ได้รับการทาและไม่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี โดยใช้สถิติ Paired T-Test ในด้านขนาด ความบวม และความแดง แสดงดังตารางที่ 3 พบว่า ด้านขนาด ค่าเฉลี่ยของขนาดสิวทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องที่ 2 ชั่วโมงของการทดสอบ โดยกลุ่มที่ได้รับการทามีขนาดเฉลี่ยน้อยกว่าของกลุ่มที่ไม่ได้ทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความบวม ค่าเฉลี่ยของความบวมทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเพิ่มขึ้นใน 1 ชั่วโมงแรกของการทดสอบ โดยค่าความบวมเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ได้รับการทาเพิ่มมากกว่าของกลุ่มที่ได้รับการทา และค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มมีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องหลัง 2 ชั่วโมงของการทดสอบ โดยกลุ่มที่ได้รับการทา

มีค่าเฉลี่ยความบวมน้อยกว่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับการทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความแดง ค่าเฉลี่ยของความแดงทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเพิ่มขึ้นใน 1 ชั่วโมงแรกของการทดสอบ โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการทามีค่าเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการทา และมีค่าเพิ่มขึ้นอีกใน 2 ชั่วโมงของการทดสอบ ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการทามีค่าเริ่มลดลงในชั่วโมงที่ 2 ของการทดสอบ และเมื่อครบ 72 ชั่วโมง กลุ่มที่ไม่ได้รับการทามีค่าเฉลี่ยความแดงลดลง แต่ก็ลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการทา ค่าเฉลี่ยของความแดง ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องหลัง 72 ชั่วโมง ของการทดสอบ โดยกลุ่มที่ได้รับการทามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าของกลุ่มที่ไม่ได้ทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



ตารางที่ 3 ค่าทางสถิติของภาวะสิวอักเสบ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ที่ 1, 2 และ 72 ชั่วโมงของการทดสอบ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสิวที่ได้รับการทาและไม่ทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักลิ้นผี

เวลา ที่	ขนาด (mm)			ความบวม (%)			ความแดง (0-999)		
	ไม่ทา	ทา (T)	P-value	ไม่ทา	ทา	P-value	ไม่ทา	ทา	P-value
0 h	2.50±0.37	2.50±0.37	-	54.47±4.11	54.28±5.56	0.784	479.40±17.92	485.23±12.87	0.154
1h	2.50±0.37	2.50±0.37	-	54.93±4.48	54.38±7.32	0.573	483.13±19.43	486.33±15.52	0.273
2 h	2.54±0.36	2.36±0.26	0.000	53.69±5.10	50.01±6.60	0.001	490.83±16.05	480.53±20.91	0.004
72 h	1.41±0.59	0.02±0.09	0.000	48.62±5.23	43.38±4.97	0.000	475.87±16.98	449.33±13.69	0.000

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบภาวะสิวอักเสบที่ได้รับการทาและไม่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักลิ้นผี ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ที่เวลา 1, 2, และ 72 ชั่วโมงของการทดสอบ

เวลาที่	ขนาด			ความบวม			ความแดง		
	ไม่ทา (%)	ทา (T) (%)	P-value	ไม่ทา (%)	ทา (%)	P-value	ไม่ทา (%)	ทา (%)	P-value
1h	0.00±0.00	0.00±0.00	-	0.92±5.05	0.21±9.33	0.573	0.81±2.88	0.28±3.85	0.481
2 h	1.92±6.58	-4.49±9.80	0.000	-1.24±8.39	-7.62±10.70	0.001	2.44±3.02	-0.88±5.50	0.003
72 h	-44.51±18.03	-99.33±3.65	0.000	-10.53±9.28	-19.77±8.39	0.000	-0.67±3.64	-7.34±3.66	0.000

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบประสิทธิผล ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ที่เวลา 1, 2 และ 72 ชั่วโมงของการทดสอบ

	ขนาด (%)	ความบวม (%)	ความแดง (%)
1h	0.00±00.00	-0.71±08.81	-0.52±4.00
2h	-6.41±08.58	-6.38±10.82	-3.32±5.54
72h	-54.82±17.92	-9.24±9.35	-6.67±4.20

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภาวะสิวอักเสบในด้านขนาด ความบวม และความแดง หลังการทาไฮโดรเจลที่เวลา 1, 2, และ 72 ชั่วโมง แสดงดังตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มสิวที่ได้รับการทาไฮโดรเจลมีภาวะสิวอักเสบลดลงมากกว่ากลุ่มสิวที่ไม่ได้รับการทา โดยมีภาวะสิวอักเสบลดลงสูงสุดในชั่วโมงที่ 72 ของกลุ่มสิวที่ได้รับการทา คือมีค่า -99.33±3.65 %, -19.77±8.39 %

และ -7.34±3.66 % ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ตามลำดับ และแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกด้านของการเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของภาวะสิวอักเสบ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ที่เวลา 1, 2 และ 72 ชั่วโมงของการทดสอบ แสดงดังตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดสอบ



(ที่เวลา 0 ชั่วโมง) และที่เวลา 1 ชั่วโมง ขนาดของสิวมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ย เท่ากับ 0.00 ± 0.00 เท่ากัน คือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ความบวม และความแดงของสิวมีการลดลง โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ $-0.71 \pm 08.81 \%$, $-0.52 \pm 4.00 \%$ ตามลำดับ ที่เวลา 2 ชั่วโมง พบว่าค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยของขนาด ความบวม และความแดงของสิวมากขึ้น มีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ $-6.41 \pm 08.58 \%$, $6.38 \pm 10.82 \%$ และ $3.32 \pm 5.54 \%$ ตามลำดับ และที่เวลา 72 ชั่วโมง พบว่า ค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยของขนาด ความบวม และความแดงของสิวยิ่งมากขึ้น โดยมีค่าประสิทธิภาพเฉลี่ยเท่ากับ $-54.82 \pm 17.92 \%$, $-9.24 \pm 9.35 \%$ และ $-6.67 \pm 4.20 \%$ ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีในการลดภาวะอักเสบของสิว ที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่ากลุ่มที่ได้รับการทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผีมีภาวะสิวลดลงที่ 72 ชั่วโมง เท่ากับ -99.33 ± 3.65 , -19.77 ± 8.39 และ $-7.34 \pm 3.66 \%$ ในด้านขนาด ความบวม และความแดงตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการทาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีประสิทธิภาพในการลดภาวะสิวลดลงเท่ากับ -54.82 ± 17.92 , -9.24 ± 9.35 และ $-6.67 \pm 4.20 \%$ ในด้านขนาด ความบวม และความแดง โดยเริ่มจากการนำผลทดสอบภาวะสิวลดลงเปรียบเทียบด้านขนาด ความบวม และความแดง ของกลุ่ม

ไม่ทา กับกลุ่มที่ทาไฮโดรเจลผสมสารสกัดผักเสี้ยนผี ก่อนเริ่มทดสอบ (ที่ 0 ชั่วโมง) ของสิวทั้งหมด 30 คู่ พบว่า สิวแต่ละคู่ มีขนาดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเหมาะสมสำหรับการทดสอบเปรียบเทียบต่อไป แต่อย่างไรก็ตามความบวมและความแดงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความบวมและความแดงของสิว พบว่า ความบวมและความแดงของสิวแต่ละเม็ดไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่น สิวบางเม็ดมีความบวมมาก แต่ความแดงน้อย หรือบางเม็ดมีความบวมน้อย แต่มีความแดงมาก เป็นการยากที่จะหาความสัมพันธ์ที่มีสิวที่มีความบวมและความแดงสอดคล้องกัน และจากงานวิจัยของ Miettinen และคณะ⁽²¹⁾ ซึ่งทำการทดสอบปฏิกิริยาทางผิวหนังที่ระคายเคืองและอาการบวมน้ำโดยใช้เครื่องมือ MoistureMeter-D จากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดสอบก็ไม่มีสหสัมพันธ์ระหว่างความบวมและความแดง เช่นเดียวกัน

ภาวะสิวลดลงของกลุ่มสิวที่ไม่ได้รับการทาไฮโดรเจลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นไปตามกลไกการอักเสบ คือ เมื่อเกิดรูขุมขนอุดตันและติดเชื้อ จะทำให้หลอดเลือดบริเวณนั้นขยายตัว เลือดจึงไหลเวียนมาบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้เกิดความร้อนและแดง ในขณะเดียวกันก็ทำให้ระยะห่างระหว่าง endothelial cell ขยายตัว ชีรั่มโปรตีนและของเหลว จึงรั่วออกจากหลอดเลือดทำให้บริเวณที่อักเสบเกิดอาการบวม จากการศึกษาพบว่า สารสื่อกลางทางเคมีที่สัมพันธ์กับการอักเสบ เช่น $\text{TNF-}\alpha$, NO และ PGE2 รวมถึงเอนไซม์ที่สังเคราะห์ NO และ



PGE2 ได้แก่ nitric oxide synthase (NOS) และ cyclooxygenase (COX) มีบทบาทอย่างมากในการควบคุมการอักเสบ เช่น ในภาวะการอักเสบที่ผิวหนัง หรือผิวหนังก่อน แล้วมีเชื้อแบคทีเรีย *P. acne* หรือ *S. aureus* เข้าไปทำให้อักเสบเป็นหนอง โดยการอักเสบเกิดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเซลล์กินสิ่งแปลกปลอมเข้าไป เซลล์ภูมิคุ้มกันโรคทั้งหลาย อาการผิวหนังหรือบาดแผลจึงมีลักษณะปวด บวม แดง ร้อน หรือเป็นหนอง จากนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และการเคลื่อนตัวของเม็ดเลือดขาว (leukocyte) ออกจากหลอดเลือด อาการอักเสบเป็นการเริ่มต้นในการซ่อมแซม⁽²²⁾

จากผลการทดลอง ทำให้เห็นว่าภาวะผิวหนังอักเสบด้านขนาด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งกลุ่มที่ไม่ทาและทาไฮโดรเจล แต่ความบวมและความแดงจะเพิ่มขึ้นหลังชั่วโมงที่ 1 ของการทดสอบ ซึ่งเป็นระยะอักเสบ ที่ 2 ชั่วโมงของการทดสอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดและความแดงของผิวหนัง กลุ่มที่ไม่ได้ทาไฮโดรเจลเพิ่มขึ้น แต่กลุ่มที่ได้รับการทดลอง แสดงว่า มีการหดตัวของผิวหนังเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทาเพราะในสารสกัดผักเสี้ยนผีมีปริมาณ ไฮดรอกซีโพรลีน (hydroxyproline) ของคอลลาเจนสูงขึ้นโดยสารออกฤทธิ์นี้ช่วยสมานแผล โดยไปช่วยเพิ่มอัตราการหดตัวของผิวหนัง^(18,19) ช่วยเร่งให้เนื้อเยื่อเกิดกระบวนการซ่อมแซมทำให้มีเซลล์อักเสบน้อยลงช่วยให้เส้นใยคอลลาเจนเจริญขึ้นในเนื้อเยื่อ⁽¹⁵⁾ และมีสารกลุ่มไทเทอร์พีนช่วยสมานแผล เช่น Lupeol เป็นต้น ช่วยด้านการอักเสบได้ดี⁽¹⁸⁾ เช่นเดียวกับสารสกัดผักเสี้ยนผีที่

มีสารสำคัญจากพืชสมุนไพร เช่น flavonoid, alkalid, phenol, phenolic Tannin เป็นต้น จากการทดสอบการหาสารสำคัญในงานวิจัยนี้ก็พบสารสำคัญดังกล่าวเหมือนงานวิจัยของ^(10,11,12) ทำให้มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ฤทธิ์ด้านสารอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ด้านเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะกับเชื้อผิวหนัง เช่น *P. acnes*, *S. aureus* ตามผลที่ส่งทดสอบกับศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (MUPY-CAPQ) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลว่ามีฤทธิ์ในการฆ่าหรือยับยั้ง *P. acnes*, *S. aureus* ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการอักเสบของผิวหนังทำให้เกิดกระบวนการซ่อมแซมได้เร็วขึ้นด้วยเหตุนี้ภาวะผิวหนังอักเสบด้านความแดงของกลุ่มที่ไม่ได้ทาจึงเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่ได้รับการทาจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Parimaladevi และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าสารสกัดจากผักเสี้ยนผีเป็นยาต้านการอักเสบที่ปราศจากสเตอรอยด์ โดยมีกลไกไปยับยั้งการสร้างเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส (Cyclooxygenase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่สังเคราะห์โพรสตาแกลนดิน (prostaglandins) และสาร coumarinolignoid สามารถยับยั้งสารเริ่มต้นในกระบวนการอักเสบ⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับตำรายาไทย เช่น คัมภีร์แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์⁽⁹⁾ และมีฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ มีประสิทธิภาพมากทางด้านการต้านการอักเสบ⁽¹⁷⁾ ส่วนภาวะผิวหนังอักเสบด้านความบวมลดลงทั้ง 2 กลุ่ม แต่ผิวหนังกลุ่มที่ได้รับการทดลองมากกว่า บ่งบอกถึงการซึมโปรตีนและของเหลว รวบรวมมาน้อยทำให้บริเวณนั้นมีอาการบวมลดลง



สรุปผลและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะสิวอักเสบ 3 ด้าน คือ ขนาด ความบวม และความแดง ในกลุ่มตัวอย่างสิ่ว 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการทาและกลุ่มที่ไม่ทาไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ สัก 1, 2 และ 72 ชั่วโมง จากอาสาสมัครสุขภาพดี จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มสิ่วที่ได้รับการทาไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ สัก 1, 2 และ 72 ชั่วโมง ภาวะสิ่วอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ มีประสิทธิภาพในการลดภาวะสิ่วอักเสบเท่ากับ -54.82, -9.24 และ -6.67% ในด้านขนาด ความบวม และความแดง ตามลำดับ (ค่าที่เป็นลบ หมายถึง การลดลงของการอักเสบ)

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบ ข้อจำกัดในเรื่องแหล่งที่มาของผักเลี่ยนผิ รวมทั้ง ขนาด และอายุที่เก็บมา ของผักเลี่ยนผิซึ่งส่งผลให้สารสกัดผักเลี่ยนผิที่ได้มีปริมาณสารสำคัญที่ต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้นำมาปลูกและทดลองก่อนนำมาสกัด ซึ่งผลการทบทวนงานวิจัยต่างเกี่ยวกับผักเลี่ยนผิ รวมทั้งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปสู่การศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ได้แก่

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณสารสำคัญ เช่น สายพันธุ์ แหล่งวัตถุดิบ วิธีการเพาะปลูก ระยะเวลาในการเก็บเกี่ยว วิธีการเก็บรักษา วิธีการสกัด ตัวทำละลายที่ใช้ วิธีการเก็บสารสกัด ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญ ซึ่งส่งผลให้ได้สารสกัดผักเลี่ยนผิที่มีปริมาณสารสำคัญที่มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปริมาณสารสำคัญในผลิตภัณฑ์เพื่อกำหนดให้เป็นมาตรฐาน ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากผักเลี่ยนผิ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภคอย่างแท้จริง.
3. ควรมีการศึกษาในการผลิตรูปแบบผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น แผ่นแปะแผล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Tasoula E., Gregoriou S., Chalikias J., et al. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychical health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2012;87(6):862-869.
2. Hsieh M. F., Chen C. H. Review: delivery of pharmaceutical agents to treat acne vulgaris: current status and perspective. **Journal of Medical and Biological Engineering**. 2011;(4):215-224.
3. Patil V., Bandivadekar A., Debjani D. Inhibition of Propionibacterium acnes lipase by extracts of Indian medicinal plants International. **Journal of Cosmetic Science**. 2012;31:234-239.



4. Zaenglein, A. L., Graber, E. M., Thiboutot, D. M., et al. Acne vulgaris and acneiform eruptions. In k. Wolff, L. A. Goldsmith, S. I. Kat, B. A. Gichrest, A. S. Paller, et al. (Ends.), **Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine**. (7 ed., pp. 690-703). New York: McGraw-Hill; 2006.
5. Goodman, G. (2006). Acne and acne scarring: the case for active and early intervention. **Australian Family Physician**. 2006;35(7):503.
6. Kanlayavattanankul, M., Lourith, N. Therapeutic agents and herbs in topical application for acne treatment. **International Journal of Cosmetic Science**. 2011;33(4):289-297.
7. Gollnick, H., Krautheim, A. Topical Treatment in Acne: Current Status and Future Aspects. **Dermatology**. 2003;206(1):29-36.
8. Chomnawang, M. T., Surassmo, S., Nukoolkarn, V. S., et al. Antimicrobial effects of Thai medicinal plants against acne-inducing bacteria. **Journal of ethnopharmacology**. 2005;101(1-3):330-333.
9. Phaya Pissanuprasartwet. **Medical work: Wisdom of National medical and literary heritage**. Bangkok; 2008. (in Thai)
10. Williams, L. A., Vasques, E., Reid, W., Porter, R., et al. Biological activities of an extract from *Cleome viscosa* L. (Capparaceae). **Naturwissenschaften**. 2003;90(10):468-472.
11. Sudhakar, M., Rao, C. V., Rao, P., et al. Evaluation of antimicrobial activity of *Cleome viscosa* and *Gmelina asiatica*. **Fitoterapia**. 2006;77(1):47-49.
12. Luntharima P. **Antibacterial agents from *Cleome viscosa* L. and *Gymnema griffithii* C. fruits**. Master Thesis, Chulalongkorn University. 2010. (in Thai)
13. Parimaladevi, B., Boominathan, R., Mandal, S. Studies on analgesic activity of *Cleome viscosa* in mice. **Fitoterapia**. 2003;74(3):262-266.
14. Bawankule, D., Chattopadhyay, S., Pal, A., et al. Modulation of inflammatory mediators by coumarinolignoids from *Cleome viscosa* in female swiss albino mice. **Inflammopharmacology**. 2008;16(6):272-277.
15. Upadhyay, A., Chattopadhyay, P., Goyary, D., et al. Topical application of *Cleome viscosa* increases the expression of basic fibroblast growth factor and type III collagen in rat cutaneous wound. **BioMed Research International**. 2014.
16. Singh, S., Semwal, B. C., Neeli, G. S. Microscopic and physicochemical evaluation of leaves of *sphaeranthus indicus* Linn. **Pharmacognosy Journal**. 2017;9(1).



17. Khandiza Khanam, K., Begum, M., Islam, A., et al. Studies on atioxidant, analgesic anti-inflammatory and CNS depressant activities of the plant *Cleome viscosa* Linn. **International Journal of Innovative Pharmaceutical Sciences and Research**. 2015;3(1):12-28.
18. Mali, R. G. *Cleome viscosa* (wild mustard): A review on ethnobotany, phytochemistry, and pharmacology. **Journal of Pharmaceutical Biology**. 2010;48(1):105-112.
19. Panduraju, T., Parvathi, B., Rammohan, M., et al. Wound healing properties of *Cleome viscosa* Linn. **Hygeia: Journal for Drugs and Medicines** 2011;3(1):41-45.
20. Ansel H. C., Allen L. V., Popovich N.G. **Oiniments, creams and gels**. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1999.
21. Miettinen, M., Mönkkönen, J., Lahtinen, M. R., et al. Measurement of oedema in irritant-exposed skin by a dielectric technique, **Skin Research & Technology** 2006;12(4):235-240
22. Srinuan, K., Chinsoi, P. **Anti-Inflammatory activity of medicinal plant preparation**. A Specail Project. Faculty of Pharmacy. Mahidol University. 2001.



การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลศูนย์กลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

RISK MANAGEMENT FOR MEDICATION ERRORS OF NURSES WORKING IN CENTRAL PEOPLE'S HOSPITALS OF LAO PDR

Received: August 07, 2021

Revised: October 11, 2021

Accepted: October 27, 2021

คำเสริม สายธาลา¹, อภิญญา จำปามูล²

Khamserm Saithala¹, Apinya Jumpamool²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลเศรษฐาธิลา และโรงพยาบาลมิตภาพ สปป.ลาว จำนวน 336 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามสองส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวน 32 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVD) 0.96 หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.89 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563-10 พฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.79, S.D.=0.50, 95% CI: 2.65-2.78) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่ปฏิบัติได้คะแนนสูงสุดคือ ด้านการค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.11, S.D.=0.49) ด้านที่ปฏิบัติได้คะแนนน้อยที่สุด คือด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (Mean=2.33, S.D.=0.82)

คำสำคัญ: การบริหารความเสี่ยง, ความคลาดเคลื่อนทางยา, โรงพยาบาล สปป.ลาว พยาบาลวิชาชีพ สปป.ลาว

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Abstract

The objective of this survey research was to study risk management for medication errors of registered nurses working in three central people's hospitals in The Lao People's Democratic Republic (PDR). Study sample comprised 336 professional nurses selected by using a systematic sampling technique. Research instrument was a questionnaire including two parts: 1) personal data 2) risk management for medication errors with total 32 items. The questionnaire contents were valid by five experts with CVI 0.96. Reliability testing was done by computing the relative value of Cronbach alpha equal to 0.89. The data were collected during 1 October 2020 - 10 November, 2020 and analyzed by using statistics such as percentage, mean, and standard deviation.

Research results indicated that overall risk management for medication errors (RMMR) by the study sample was at a moderate level (Mean=2.79, S.D.=0.50, 95% CI: 2.65-2.78). When considering for each dimension of RMMR, the risk identification part had the highest score compared to the other three parts and was at the moderate level (Mean=2.79, S.D.=0.50). The lowest score of RMMR was the part of evaluation management of medication errors (Mean=2.33, S.D.=0.82).

Keyword: Risk Management, Medication errors, Hospitals in the Lao PDR, Registered Nurse LAO PDR

บทนำ

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน ระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป และตอบสนองความต้องการของประชาชน จากความซับซ้อนของการรักษา ผู้รับบริการจำนวนมากจึงต้องให้บริการผู้ป่วยด้วยความเร่งรีบในการดูแลรักษา โรงพยาบาลเป็นสถานที่ให้บริการที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดขึ้นไม่มากนักน้อย สถานบริการสุขภาพจึงต้องมีการพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจปลอดภัยที่แสดงถึงผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปแก้ไขเพิ่มคุณภาพการรักษายาบาลที่ได้มาตรฐานจากนโยบายสาธารณสุข สปป.ลาว ได้มุ่งเน้นให้

ความสำคัญการพัฒนาด้านสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2564 – 2568) ระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี มีการปรับปรุง และขยายบริการสุขภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว ปี พ.ศ.2558-2563 ได้กำหนดไว้ว่าระบบบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายหนึ่งในการพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยยึดถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีการกำหนดระเบียบการบริหาร และการให้การพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและเกิดความคุ้มค่าในภารกิจของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว, 2553 อ้างถึงใน ดาวพะสอน สีหาลาด, 2558) จากความสำคัญของการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ



การบริการพยาบาลดังที่กล่าวมาประกอบกับ องค์การอนามัยโลก (World Health Organizations WHO) ยังได้ประกาศถึงความสำคัญของความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อจะลดความรุนแรง และอันตรายที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ที่ส่งผลกระทบ ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิต และเกิดการบาดเจ็บ ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสทำผิดพลาดได้ ในทุกขั้นตอนของการใช้ยา แต่ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสิ่งที่สามารถป้องกัน และหลีกเลี่ยงได้ การป้องกันจะทำได้นั้นต้องมีระบบขั้นตอนในการให้ยา และมีกระบวนการให้ยานั้นมีความถูกต้อง ครบถ้วน (จงจิต เสน่หา, จงกลวรรณ มุสิกทอง, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, ธนิษฐา สมัย, 2560) พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็น หลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญ ประเด็นหนึ่งที่ต้องได้มาตรฐาน (กิตติพันธ์ เครือ วัรงค์, 2561) และ WHO ยังได้ระบุปฏิบัติการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 42 ในหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศสวีเดน และพบ ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาใน สหราชอาณาจักร ร้อยละ 12 ซาอุดีอาระเบีย ร้อยละ 18.7 และเม็กซิโก ร้อยละ 85 นอกจากนี้ยังได้ศึกษาใน หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) ของสหราชอาณาจักร พบมีอัตราเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยาสูงร้อยละ 50 ซึ่งเกิดขึ้นจากการ ขาดการทบทวนใบสั่งยา ปัญหาการสื่อสารระหว่าง ทีมวิชาชีพและปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของ

ผู้ป่วย (จันทร์ธิดา เพียรธรรม, ชนิดา พลอยเลื่อม แสง, และ วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, 2561)

ในประเทศไทยยังพบความคลาดเคลื่อนทาง ยาที่หนาแน่น ร้อยละ 1.97 ของรายการยาทั้งหมด เป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ถึงร้อยละ 95.6 และป้องกันได้ ร้อยละ 4.4 ความคลาดเคลื่อน นี้มีความรุนแรงระดับที่มีอันตรายต่อผู้ป่วยมีความ จำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือแก้ไขเพิ่มเติม ร้อยละ 37.36 และรองลงมาคือ ความคลาดเคลื่อนที่ ต้องติดตามผู้ป่วย ร้อยละ 32.97 และมีการศึกษาผล การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาพบว่า จำนวน ผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขณะอยู่ โรงพยาบาลจำนวนถึง ร้อยละ 50 ระดับความ รุนแรงความคลาดเคลื่อนทางยาไม่เป็นอันตราย และบุคลากรทางการแพทย์สามารถแก้ไขได้ (สุนิษา เข้มทอง, 2559) ในบริบทโรงพยาบาล ศูนย์กลาง สปป.ลาว เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตั้งอยู่กลางตัวเมืองนครหลวงเวียงจันทน์ เปิด ให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนที่ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และมีเครื่องมือแพทย์เฉพาะ ทางในการตรวจวินิจฉัย เป็นโรงพยาบาลที่มี เทคโนโลยีทางด้านการแพทย์ที่ทันสมัย ผู้ให้บริการมีความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้การ ดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุมในทุกด้าน ตั้งแต่การ ตรวจรักษาโรคทั่วไปถึงการตรวจรักษาเฉพาะโรค นอกจากนั้นยังเป็นสถานที่ที่นักศึกษาแพทย์ และ นักศึกษาพยาบาลในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจาก สถาบันการศึกษาต่างๆ ใช้ในการฝึกประสบการณ์ ในการเรียน จึงมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงจากการ ปฏิบัติงาน รวมทั้งการให้บริการผู้ป่วย ผู้เข้ารับ บริการมีจำนวนมาก จากการสืบค้นการบันทึก



ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงทางยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2562 ณ โรงพยาบาลใน สปป.ลาว และในสถาบันพบว่า การให้ยาเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล เพราะต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา สามารถรับรู้ถึงอาการแสดงออกต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลให้คัดลอกใบสั่งยาด้วยลายมือ และรายงานสิ่งที่พบเห็นต่อแพทย์เพื่อการวางแผนรักษา และให้พยาบาลผู้ป่วยได้ทันเวลา ใช้หลักการบริหารยาแบบ 6R เช่น การให้ยาถูกผู้ป่วย (Right patient: R1) ถูก ชนิด ของ ยา (Right drug: R2) ถูกขนาดของยา (Right dose: R3) ถูกเวลา (Right time: R4) ถูกเส้นทางและวิธีให้ยาถูกต้อง (Right route and method: R5) การบันทึกให้ยาถูกต้อง (Right documentation: R6) และยังไม่มียระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่ชัดเจน ไม่มีการค้นหา และการบันทึกรายงานความเสี่ยงที่เป็นปริมาณ ในปัจจุบันการบริหารยายังใช้แนวปฏิบัติเดิม จากการสอบถามพยาบาลที่ทำงานในแผนกที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดเวียงจันทน์ สปป.ลาว พยาบาลยังตรวจสอบยาด้วยตนเองโดยดูจากใบสั่งของแพทย์ การตรวจสอบซ้ำปฏิบัติเป็นส่วนน้อย สถานการณ์ที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาส่วนมากก็จะ เป็นประเภทยาฉีดทางหลอดเลือดดำที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแพ้ ผื่นแดง แขนหน้าอก เวียนศีรษะ แต่ความผิดพลาดไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต การป้องกันความเสี่ยง ยังใช้การพูดคุยอาศัย ประสบการณ์ปฏิบัติต่อเนื่องกันมาโดยไม่มีแนวปฏิบัติ กำกับติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา เมื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริหารยาผิดพลาด หัวหน้าแผนกได้เรียกมาพูดคุยซักถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือไม่ แต่ไม่มีการบันทึก

รายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นเชิงปริมาณ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในแต่ละแผนกมีการประชุม ค้นหาสาเหตุ และจัดการแบบเป็นรายกรณีไป ไม่เคยใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยง ในประเทศ สปป.ลาว กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้กำหนดระดับการศึกษาทางการแพทย์ประกอบด้วย 5 หลักสูตร ได้แก่ 1) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระยะเวลาศึกษา 4 ปี 2) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อเนื่อง 2 ปี 3) หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล 4) หลักสูตรอนุปริญญาพยาบาลต่อเนื่อง 1.6 ปี 5) หลักสูตรพยาบาลเทคนิค 2 ปี โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย วิทยาศาสตร์สุขภาพ สปป.ลาว เป็นผู้ทำหน้าที่ผลิตพยาบาลในระดับบัณฑิต ส่วนวิทยาลัย โรงเรียน และศูนย์อบรมมีบทบาทในการผลิตพยาบาลระดับอนุปริญญาและพยาบาลเทคนิค ทั้งนี้จำนวนเวรยามได้กำหนดเป็นเวรปกติ 12 ชั่วโมง และเวรยาม 24 ชั่วโมง ส่วนมากเวรปกติจะจัดอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกไอซียู ขึ้นกับแต่ละโรงพยาบาลกำหนด พยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญาพยาบาลสามารถให้ยาได้ทุกระดับการศึกษาโดยไม่มีการจำแนกระดับการปฏิบัติงาน การรับคำสั่งการปฏิบัติงานจากแพทย์ บางครั้งอาจเกิดความไม่เข้าใจ และเกิดความผิดพลาดทางด้านความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น พยาบาลอ่านลายมือแพทย์ ไม่ออก ไม่มีระบบการตรวจสอบคำสั่งคัดลอกการรักษาร่วมกันของพยาบาล (double check) ไม่มีระบบการยืนยันตัวผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น ป้ายข้อมือ (HN) และ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผิดพลาด หรือความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตราย และเกิด



ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา การบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลซึ่งบุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพ ต้องนำนโยบายในการบริหารความเสี่ยงสู่ผู้ปฏิบัติ (กาญจน์วิจิ จตุแทน และ ประจักษ์ บัวพันธ์, 2561)

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวพยาบาลยังขาดความเข้าใจ และความตระหนักต่อการบริหารความเสี่ยง และการป้องกัน การควบคุมทั้งการจัดการเกี่ยวกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ประกอบกับยังไม่มี การรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ทำให้พยาบาลมีความตื่นตัวในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ดังเช่นในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลางสปป.ลาว ตามแนวคิดของ Wilson (1999) ที่ครอบคลุมถึง การค้นหาความเสี่ยง วิเคราะห์ ความเสี่ยง จัดการความเสี่ยง และประเมินผลการจัดการความเสี่ยงของพยาบาล และยังไม่เคยมีการศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาที่ สปป.ลาว มาก่อน ผลที่ได้รับจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้ เป็นไปตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลศูนย์กลางสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลางสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีขนาดตั้งแต่ 250 เตียง ถึง 350 เตียง ประกอบด้วย 3 แห่งคือ 1)โรงพยาบาลมโหสถ จำนวนประชากร 445 คน 2)โรงพยาบาลเศรษฐาธิราช จำนวนประชากร 175 คน และ 3)โรงพยาบาลมิตภาพ จำนวนประชากรทั้งหมดมี 900 คน (กระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว, 2562)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 336 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์กลาง ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมโหสถ โรงพยาบาลเศรษฐาธิราช โรงพยาบาลมิตภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอายุ วุฒิการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงาน จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานในเดือน



ที่ผ่านมา การได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง การได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการบริหารฯ ข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของ สุนิษา เข้มทอง (2559) ดัดแปลงจากงานวิจัย มีการปรับปรุงข้อคำถามให้เข้ากับบริบทของ สปป.ลาว ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson and Tingle (1999) แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ด้าน จำนวน 32 คำถามดังนี้ 1) การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 7 ข้อ 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 8 ข้อ 3) การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 12 ข้อ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบข้อเดียวมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและคำตอบมีความหมายคือ

เห็นด้วยมากที่สุด = มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ หรือเกือบทุกครั้ง (ร้อยละ 81-100) 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก = มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง (ร้อยละ 61-80) 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง = มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง (ร้อยละ 41-60) 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย = มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง (ร้อยละ 21-40) 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด = มีการปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยที่สุด หรือไม่มีการปฏิบัติ (ร้อยละ 1-20) 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยด้วยเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้ (สุนิษา เข้มทอง, 2559)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ด้านการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 5 ท่าน คือ 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ สปป.ลาว 2 ท่าน ผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามภาษาไทยเป็นภาษาลาวเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ สปป.ลาว ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของแบบสอบถามที่เป็นภาษาลาว



2) ผู้ทรงคุณวุฒิคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล 1 ท่าน
3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารความเสี่ยง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง และความชัดเจนของภาษา โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.96 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการตรวจคุณภาพการแปลแบบสอบถามย้อนกลับโดยแปลแบบสอบถามภาษาไทยมาเป็นเป้าหมายคือ แบบสอบถามภาษาลาว และแปลย้อนกลับจากภาษาลาวมาเป็นภาษาไทยต้นฉบับ โดยผู้แปลย้อนกลับสามารถพูดได้ และเขียนได้ชัดเจนถูกต้องทั้งสองภาษา

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หน่วยงานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดเวียงจันทน์ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 นำข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขขั้นสุดท้าย และเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS (Statistical Package for the Social Science

Version 2017) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป อายุ วุฒิการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานในเดือนที่ผ่านมา ประสิทธิภาพในการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ 95% CI

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผู้วิจัยใคร่ขอนำเสนอสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย ข้อมูลทำไปดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.5 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 35.7 จบการศึกษาระดับ พยาบาลเทคนิค (ชั้นกลาง) ร้อยละ 40.8 รองลงมา อนุปริญญา ร้อยละ 40.2 และ ปริญญาตรี ร้อยละ 19.0 มีประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพพยาบาลเฉลี่ย 12.94 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 49.4 รองลงมา มีประสบการณ์ทำงาน 5-10 ปี ร้อยละ 33.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลปัจจุบัน เฉลี่ย 12.18 ปี ส่วนใหญ่ระยะการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 52.4 รองลงมาปฏิบัติงานระยะ 10-20 ปี ร้อยละ 33.0 เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหาร



ความเสี่ยงในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 52.1 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 47.9 การอบรมการบริหารยาอย่างปลอดภัย การนำยาที่มีความเสี่ยง การแพ้ยา ส่วนมากไม่เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 53.3 และ เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 46.7

จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว พบว่า มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 201.41 ชั่วโมง (S.D. = 41.63) โดยมีจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อเดือนเฉลี่ยสูงสุด 240 ชั่วโมง ร้อยละ 31.0 รองลงมาคือจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 180 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 31.0 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 170 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 6.5 และจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 120 ชั่วโมงต่อเดือน ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ และจำนวนเวร 12 ชั่วโมง ในเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 8.63 ครั้ง (S.D. = 2.66) มีจำนวนเวรยามต่อเดือนเฉลี่ยสูงสุด 8 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 38.4 รองลงมาคือจำนวนเวรยามเฉลี่ย 10 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 31.5 จำนวนเวรยาม 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 7 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 6.0 จำนวนเวรยามเฉลี่ย 9 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 3.9 และในเดือนที่ผ่านมาไม่มีเวรยาม ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

จำนวนชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมงในเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 7.84 ครั้ง (S.D. = 3.20) มีจำนวนการทำงาน 24 ชั่วโมงในเดือนที่ผ่านมาสูงสุดเฉลี่ย 8 ครั้ง ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือจำนวนชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมงในเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 10 ครั้ง ร้อยละ 29.2 จำนวนชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมงในเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 7 ครั้ง ร้อยละ 6.8 จำนวนชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมง ในเดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย

9 ครั้ง ร้อยละ 3.9 และไม่มีจำนวนชั่วโมงการทำงาน 24 ชั่วโมงในเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ

จำนวนชั่วโมงการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 201.41 ชั่วโมง ต่อเดือน (S.D. = 41.63) และมีการต่อเวรยาม 24 ชั่วโมง สูงสุด 8 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากภาวะขาดแคลนอัตราากำลังตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานใน สปป.ลาว พ.ศ. 2561 คือ ทำงานสัปดาห์ละไม่เกิน 6 วัน วันละไม่เกิน 8 ชั่วโมง หรือสัปดาห์ละไม่เกิน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ เรมวอล นันท์สุกวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และ อภิรติ นันท์สุกวัฒน์ (2557) กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานเป็นเวลาโดยเฉลี่ยจำนวน 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ การศึกษาของ ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิติกุล, และ ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา (2557) พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานเป็นเวลา 19.39 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และจากผลการศึกษาของ สุณิษา เข้มทอง (2559) พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเป็นเวลาเฉลี่ย 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จากจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานเป็นเวลาดังกล่าวอาจส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าในการทำงาน (อาภรณ์ พุกุล, จริยาพร พิมวาปี และ มณฑนา บุตทุระ, 2556)

2. การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลางสาธารณสุขประชาชนลาว

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาทั้ง 4 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง



(Mean = 2.79, S.D. = .50) เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับแรกคือ การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (Mean = 3.11, S.D. = .49) รองลงมาคือ การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (Mean = 2.71, S.D. = .60) การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา (Mean = 2.64, S.D. = .63) และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับน้อย 1 (Mean = 2.33, S.D. = .82) ส่วนค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ในช่วงค่าความเชื่อมั่น (Confidence Interval : CI) โดยรวมอยู่ที่ Lower Bound = 2.65 และ Upper Bound = 2.76 (ดังแสดงในตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ (2560) พบว่า การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = .28) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว ยังไม่สามารถบริหารความเสี่ยงด้านความ

คลาดเคลื่อนทางยาได้มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของหอผู้ป่วย นโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลไม่ชัดเจน บุคลากรทางการพยาบาลไม่ผ่านการอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา อาจจะตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารความเสี่ยง และอันตรายที่จะเกิดขึ้นแต่ยังไม่กล้ารายงานอุบัติการณ์เพราะกลัวการตำหนิ และอาจจะส่งผลกระทบต่อคะแนนประเมินการปฏิบัติงาน (สำริ ชมบริสุทธิ์, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล และ อภิรติ นันท์สุวัฒน์, 2563) ปัจจุบันกระบวนการบริหารความเสี่ยง เป็นเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญและจำเป็นต้องสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยไม่ตำหนิเมื่อมีการกระทำผิดพลาด (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, ปิยธิดา จุลละปีย์, พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์, และ วิภาดา ศรีมัน ทยามาศ, 2562)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว

การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	Mean	S.D	95% CI		การแปลผล
			Lower Bound	Upper Bound	
การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	2.71	.60	2.65	2.78	ปานกลาง
การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	2.64	.63	2.58	2.71	ปานกลาง
การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	3.11	.49	3.06	3.17	ปานกลาง
การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา	2.33	.82	2.25	2.43	น้อย
รวม	2.70	.50	2.65	2.76	ปานกลาง



เมื่อพิจารณาการปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลางสปป.ลาว ในรายด้าน อภิปรายผลได้ดังนี้

1. การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า การค้นหาความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว รายชื่อเรื่อง “การทบทวนคำร้องเรียนของผู้รับบริการ การสำรวจความพึงพอใจเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่ป้องกันได้ (Mean=2.38, S.D.=.95)” และ “การจัดทำบัญชีความเสี่ยง ของหน่วยงานอย่างครอบคลุม (Mean=2.21, S.D.=.97)” เป็นข้อที่ได้คะแนนน้อย แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอยู่ในระดับไม่มาก จำเป็นต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในระดับหน่วยงานหรือโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรงค์ วรรณธนาพิศน์, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, สมปรารถนา ดาผา, อนุสรณ์ ช้างมิ่ง, ปิยะดี ลิพะะบำรุง, และ อมรรัตน์ นาคละมัย (2561) ที่ว่าโรงพยาบาล และองค์กรพยาบาลพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการสร้างความตระหนัก และกำหนดนโยบายระดับแผนปฏิบัติงาน หรือโครงการเพื่อให้มีการพัฒนาต่อเนื่อง มีระบบการค้นหาความเสี่ยง และแจ้งเตือนความผิดพลาดเพื่อให้มีการจัดการปัญหาได้รวดเร็ว พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีการบันทึกข้อมูล จำนวนความผิดพลาดทุกประเภท ส่วนข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ “การทบทวนคำสั่งการให้ยาของแพทย์เมื่อมีข้อสงสัยทุกครั้งก่อนการจัดแจกยาโดยอิสระจากพยาบาลวิชาชีพอีกคน”

สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีการปฏิบัติเป็นประจำ ทำได้ง่าย และทำได้ทันที

2. การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว ในรายชื่อ ข้อที่ได้คะแนนน้อยคือ “การร่วมวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน (Mean=2.32, S.D.=.98)” รองลงมาคือ “การมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงาน เมื่อเกิดอุบัติการณ์ที่รุนแรงท่านมีการจัดการประชุมความเสี่ยงขึ้นทุกครั้ง (Mean=2.21, S.D.=.99)” และ “การนำข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยาภายนอกหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลอื่นมาทบทวนวิเคราะห์ความรุนแรง และ ความสูญเสียที่เกิดขึ้น (Mean=2.09, S.D.=1.01)” แสดงให้เห็นว่า โอกาสการเข้าร่วมประชุมในระดับหน่วยงานและโรงพยาบาลเพื่อร่วมกิจกรรมทางการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา การวิเคราะห์หาสาเหตุ ความเสี่ยงยังมีน้อย ทั้งนี้เนื่องด้วยจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อเดือน 180-240 ชั่วโมง มีจำนวนถึงร้อยละ 62 ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เวลาไม่เอื้อให้การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวซึ่งมักจะเกิดในช่วงเวลาปกติ คือเวลากลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ คล้ายสุบรรณ (2555) พบว่าพยาบาลที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้นำเฉพาะด้านเท่านั้นที่จะสามารถเข้าร่วมประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง และ



สามารถปฏิบัติตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้ ส่วนข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือข้อ “เมื่อเกิดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้นในหอผู้ป่วยท่านมีการบันทึกลงในเอกสารแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ทุกครั้ง (Mean=3.35, S.D.=.79)” แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่สามารถเข้าร่วมประชุมค้นหาความเสี่ยงได้มาก แต่ยังให้ความสำคัญกับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร หากเป็นเหตุการณ์ที่ปรากฏเฉพาะหน้าเพื่อให้ผู้นำหรือหัวหน้าหน่วยงานสามารถนำกระบวนการบริหารความเสี่ยงมาดำเนินการต่อหรือ ควบคุม นิเทศ กำกับ ในหน่วยงานได้

3. การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว ในรายชื่อที่ได้คะแนนระดับการบริหารความเสี่ยงน้อยคือข้อ “การเข้าร่วมอบรมการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน (Mean=2.21, S.D.=1.09)” และในระดับปานกลางคือข้อ “การร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยา และบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ (Mean=2.62, S.D.=.98)” แสดงให้เห็นว่า การบริหารอาจจะเป็นตามการมอบหมายงานตามหน้าที่มากกว่าการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา การศึกษาของศิริรัตน์ วิรภิตติ, จินตนา นาราสกุล, และ บุญเรือน ชุมแจ่ม (2556) ที่ว่าการร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการบริหารยาของพยาบาลสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ส่วนข้อที่ได้

คะแนนสูงสุดคือข้อ “การเตรียมยาโดยอ่านฉลากยาทั้งก่อนหยิบขณะเตรียมและก่อนเก็บยาทุกขั้นตอน มีระบบทบทวนขั้นตอนเตรียมยา (Mean=3.63, S.D.=.61)” สะท้อนให้เห็นว่า หากหัวหน้าหน่วยงานมีการกำหนดแนวปฏิบัติการให้ยาที่ชัดเจน พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องส่งผลต่อการจัดการความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

4. การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่าการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กลาง สปป.ลาว คะแนนในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาอีก 3 ด้าน เมื่อพิจารณารายข้อพบข้อที่ได้คะแนนน้อยสุดคือข้อ “การร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานประเมินผลเกี่ยวกับการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานของท่านทุกเดือน ทุก 3 เดือน (Mean=2.09, S.D.=1.00)” และข้อ “นำผลจากการประเมินผลการบริหารความเสี่ยงและทบทวนด้านความคลาดเคลื่อนทางยามาพัฒนาการบริหารความเสี่ยงด้านยาของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง (Mean=2.55, S.D.=.93)” สะท้อนให้เห็นว่า การเข้าร่วมประชุมในระดับหน่วยงานและการนำผล การจัดการมาประเมินผล เพื่อร่วมกิจกรรมทางการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยายังน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการบริหารความเสี่ยงมีขั้นตอนจำเป็นต้องได้รับการอบรม เรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพิ่มเติม นอกเหนือจากการเรียนในสถาบัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา



และต่ำกว่าอนุปริญา การศึกษาเพิ่มเติมจึงมีความจำเป็นทำให้เข้าใจถึงวิธีการติดตาม และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ต่างจากการศึกษาของ สุภารัตน์ สุธราพันธ์ และ ธนาวรรณ แสนปัญญา (2552) ที่ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานแล้วมีการประเมินผล การนำไปใช้ ส่วนใหญ่ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานตามทุกองค์ประกอบ มีความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกว่า มีความเหมาะสมที่นำไปใช้ได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา แก่ผู้ป่วย และมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีประโยชน์ต่อหน่วยงานอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาภายหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการบริหารยาเห็นว่า ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับรุนแรง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านผู้บริหารการพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัย สื่อสารในโรงพยาบาล ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล เช่น มีการประสานงานความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง ด้านการให้ยาผิดพลาด

1.2 ควรมีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับจัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน และมีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุงและวางแผน

1.3 ผู้บริหารควรวางแผนงบประมาณในการจัดฝึกอบรมการบริหารความเสี่ยง ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) ให้แก่พยาบาลทุกคน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อสร้างความตระหนักป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากร และประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยในทุกหน่วยงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยานำสู่การจัดการในระดับนโยบาย หรือวางแผนกลยุทธ์ในการป้องกันความเสี่ยง ลดความผิดพลาดในการบริหารยา

2.2 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์การบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลทุกระดับของ สป.ป.ลาว

2.3 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในการศึกษากระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาให้ได้มาตรฐานครอบคลุมทั้งความตรงเชิงโครงสร้าง ความเชื่อมั่นในกลุ่ม



ประชากรที่หลากหลายเหมาะสมภายใต้บริบทของ
สปป.ลาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญา
จำปามูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ
คณาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่อบรม
สั่งสอนให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ถ่ายทอด
ประสบการณ์ และแนวคิดต่างๆ ในการศึกษา
ปริญญาโทครั้งนี้ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์
ดร. วรรณชนก จันทชุม ดร. จงกลณี จันทรศิริ

อาจารย์รังมี ฆารไสว ดร. อานูสอน สีสุลาด อาจารย์
บัววัน ประทุมทอง ที่ให้ความกรุณาในการ
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และขอขอบพระคุณ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ผู้ประสานงาน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ศูนย์กลาง สปป.ลาว ทั้ง 3 แห่ง ที่กรุณาให้ความ
อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ และหัวหน้าแผนก
การพยาบาล โรงพยาบาล 5 เมสสา สปป.ลาว ที่อำนวยความสะดวกให้ศึกษาต่อปริญญาโทครั้งนี้ และ
ขอขอบคุณมายังทุนการศึกษาจากโครงการ
KOICA ประจำ สปป.ลาว ที่ให้ทุนสนับสนุน
จนสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติพันธ์ เครือวงศ์. ความคลาดเคลื่อนทางยา. วารสารกฎหมายสาธารณสุขและสุขภาพ 2561; 4(2): 251-265.
2. กาญจน์วดี จตุเทน และ ประจักษ์ บัวพันธ์. การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับบัณฑิตศึกษา 2561; 18(4): 167-177.
3. กระทรวงสาธารณสุข สปป.ลาว. ยุทธศาสตร์ปฏิรูปสาธารณสุข ถึง ปี 2020. เวียงจันทน์: กรม
จัดตั้งพนักงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
4. จงจิต เสน่หา, จงกลวรรณ มุสิกทอง และคณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาอย่างปลอดภัยกับการปฏิบัติการใช้ยาอย่างปลอดภัยของนักศึกษา
พยาบาล ในสถาบันการศึกษาพยาบาล แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การ
พยาบาลแห่งประเทศไทย 2561; 36(1): 17-30.
5. จันทรธิมา เพียรธรรม, ชนิดา พลอยเลื่อมแสง และ วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. ผลลัพธ์กระบวนการ
ลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชศาสตร์ภาคอีสาน 2561; 14(3): 116-129.



6. ดาวพะสอน สีหาลาด. **ความสามารถในการบริหารการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว**. สปป.ลาว: โรงพยาบาลภาคใต้; 2558.
7. ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล, และ ผ่องศรี เกียรติเลิศสนา. การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. **วารสารการพยาบาล** 2557; 41(5), 48-58.
8. นันธิดา พันธศาสตร์ และ ราตรี ทองยู. แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย. **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย** 2560; 10(2): 1-3.
9. บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: ยู แอน ไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.
10. รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, สมปรารถนา ดาผา, อนุสรณ์ ช้างมิ่ง, ปิยะดี ลิ้มหะบำรุง, และ อมรรัตน์ นาคละมัย. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงสูง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศทุกระดับโรงพยาบาลนครปฐม. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 2561; 36(1), 234-243.
11. เรมวล นันทศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ, และ อภิรดี นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและ ผลลัพธ์ ด้านผู้ป่วยพยาบาลและองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป. **วารสารการพยาบาล** 2557; 41(4), 58-69.
12. ศิริรัตน์ วิจิตติ, จินตนา วราภาสกุล, และ บุญเรือน ชุ่มแจ่ม. การพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 2552; 31(2), 25-35.
13. สุนิยา เข้มทอง. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
14. สุภารัตน์ สุธราพนธ์, และ ธนาวรรณ แสนปัญญา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วยโรงพยาบาลแพร่. **วารสารกองการพยาบาล** 2552; 36(3), 76-93.
15. สำรี ชมบริสุทธิ, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล, และ อภิรดี นันทศุภวัฒน์. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 2563; 47(2), 453-462.



16. สมพร ตันติประสิทธิ์กุล, ปิยธิดา จุลละปีย์, พิมพัรัตน์ บุญยะภักดิ์, และ วิภาดา ศรีมัน ทยามาศ. วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562; 20(2), 327-339.
17. สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ* 2560; 33(1), 130-140.
18. อารณ ฟูกุล, จริยาพร พิมวาปี, และ มณฑนา บุคทุระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. *วารสารวิชาการแพทย์* 2556; 27(1), 253-260.
19. Wilson, J., & Tingle, J. **Clinical Risk Modification**. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.



การพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะ

THE DEVELOPMENT OF THE FLIPPED CLASSROOM MODEL IN TEACHING AND LEARNING OF ADULTS NURSING SUBJECT RELATED URINARY SYSTEM

Received: November 01, 2021

Revised: November 20, 2021

Accepted: November 26, 2021

ัจฉนา สุกนธวัฒน์¹, ลีรียอร์ ค้อยูน¹, ลีรียอร์ วังค์ประกรณกุล¹, ภาสินี โทอินทร์²
Watjana Sukontawat¹, Siriorn Khoyun¹, Siriwan Wongprakornkul¹, Pasinee Thoin²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะ กระบวนการวิจัยมี 5 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) ออกแบบรูปแบบ 3) พัฒนารูปแบบ 4) ทดลองปรับปรุงพัฒนา และนำไปใช้ 5) ประเมินผล การใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี ทั้งหมด 188 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.85 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค 0.96 3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรียน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.89 และค่า KR-20 เท่ากับ 0.69 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรู้ก่อนและหลังเรียนใช้สถิติทดสอบที และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะ โดยภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก คือ STAMP model (1) S: Self-paced learning of students (2) T: Teacher Tutors (3) A: Analytical thinking from case study/situation (4) M: Mapping/Concept Mapping (5) P: Participation 2) ผลของการใช้รูปแบบ มีค่าดัชนีประสิทธิผลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 3) ผู้เรียนมีความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) 4) ผู้เรียนมีความพึงพอใจ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.02, S.D.=0.53) สรุปได้ว่า การจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน สามารถเพิ่มความรู้ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นอย่างดี จึงเหมาะกับการเรียนรู้ในยุคดิจิทัลที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: การเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน, การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21, การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะ

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุครธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ Boromarajonani College of Nursing Udonthani. Faculty of Nursing.Praboromarajchanok Institute.The Ministry of Public Health

² Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen. Faculty of Nursing.Praboromarajchanok Institute.The Ministry of Public Health



Abstract

The study aimed to develop and describe the effectiveness of the developed Flipped classroom model in teaching and learning of adults nursing subject about urinary system. Conducting the study based upon 5 processes: 1) learning and teaching problems analysis 2) learning and teaching model design 3) learning and teaching model development 4) test and meliorate the model then performing the model in learning and teaching 5) assessing the effectiveness of the developed model. The study sample were 188 second year nursing students of Boromarajonani College of Nursing Udonthani, voluntarily participation. The research tools were 1) the learning and teaching model with 0.85 of content validity 2) the questionnaire related learner satisfaction with 0.96 of Cronbach alpha reliability 3) knowledge assessment form before and after learning with 0.89 of content validity and 0.69 of KR-20. Data was analyzed with descriptive statistics, test of differences with t-test and content analysis of qualitative information.

The result showed 1) the developed Flipped classroom model in teaching and learning revealed high level of appropriation in STAMP model(1) S: Self-paced learning of students (2) T: Teacher Tutors (3) A: Analytical thinking from case study/situation (4) M: Mapping/Concept Mapping (5) P: Participation. 2) the effectiveness of developed model presented higher than standard 3) the knowledge score post intervention revealed statistical significantly higher than before (p -value<0.01). 4) student's satisfaction scores on the developed model indicated at high level ($\bar{X}$ =4.02, S.D.=0.53). The Flipped classroom model improves knowledge and ability of self-study then its worthy apply in the digital time and encourage of learning style of the 21 centuries.

Keywords: Flipped classroom, Learning in the 21st Century, Adults nursing subject related urinary system

บทนำ

ปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้มีการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตรวมทั้งความคาดหวังของสังคม ประกอบกับนโยบายของภาครัฐให้มีการขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ Thailand 4.0 จึงส่งผลให้ผู้เรียน

ต้องมีทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ทำให้บทบาทของการศึกษาเป็นยุคแห่งความรู้ที่ต้องพัฒนาตนเองผ่านเทคโนโลยีและเครื่องมือเพื่อเพิ่มศักยภาพแห่งตน มีการเข้าร่วมกิจกรรมของโลกผ่านทางชุมชนออนไลน์และ Social Network เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะคิด และทักษะการเรียนรู้ โดยมีการวัดประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในรายวิชา⁽¹⁾ ซึ่งนอกจาก



ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้องตามมาตรฐานแล้ว ผู้เรียนควรมีทักษะที่จำเป็นด้านอื่นๆด้วย เช่น ทักษะ การสื่อสาร การบริหารจัดการ สัมพันธภาพการทำงานร่วมกับผู้อื่น และทักษะ การเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นต้น จึงมีการปรับ รูปแบบการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะที่จำเป็นและ ปลุกฝังให้ผู้เรียนมีทักษะ การแก้ปัญหา เชิงสร้างสรรค์ เน้นให้มีประยุกต์ใช้หลักวิชานั้น มาสร้างความรู้ใหม่และนวัตกรรมที่ทันสมัย ดังนั้นผู้สอนในยุคนี้จึงต้องมีทักษะในการ กระตุ้นให้ผู้เรียนรักและสนุกไปกับการเรียนรู้ และอยากเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยยึดหลัก “เรียนรู้ มาก แต่สอนน้อย” ทำให้ผู้สอนต้องเปลี่ยนเป็น ผู้ออกแบบการเรียนรู้และอำนวยความสะดวกในการ เรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการลงมือทำ⁽²⁾ โดยมีขั้นตอนการจัดการเพื่อพัฒนาอย่างมีระบบ ออกแบบระบบการเรียนการสอนที่เป็น กระบวนการอย่างชัดเจน⁽³⁾

การจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียน กลับด้าน (Flipped classroom) เป็นการปรับรูปแบบ การจัดการเรียนการสอนระหว่างการบรรยายใน ชั้นเรียนกับการทำการบ้าน โดยปรับเป็นเรียนรู้ จากบ้าน มาทำการบ้านที่โรงเรียน เน้นการให้ ผู้เรียนวางแผนและควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านทางสื่อการเรียนรู้จากคอมพิวเตอร์และมือถือ จากภายนอกชั้นเรียน และนำผลการเรียนรู้มา นำเสนอพร้อมอภิปรายและทำกิจกรรมหรืองาน ต่างๆ ร่วมกันในห้องเรียน โดยมีผู้สอนคอยให้ คำปรึกษา⁽⁴⁾ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนวิธีนี้ทำ ให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้มากกว่าการ จัดการเรียนการสอนแบบเดิม⁽⁵⁾ และเป็นรูปแบบ

การเรียนการสอนที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ ลักษณะของผู้เรียนในปัจจุบัน รวมทั้งการจัดการ เรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ยังเป็น วิธีการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการ เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังเป็น กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้เกิด ความคิดที่หลากหลาย เกิดองค์ความรู้ใหม่หรือ ด้อยอดความคิดจากความรู้เดิม สอดคล้องกับ แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2579 ที่มี ประชามุขมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะเป็น ด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 4 ด้าน (4Cs) ได้แก่ คิด สร้างสรรค์ (Creativity and Innovation) วิเคราะห์แก้ปัญหาได้ (Critical Thinking and Problem Solving) สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Communication) และทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้ (Collaboration) โดยเปลี่ยนจุดเน้นจากอาจารย์ ผู้สอนเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้ มาเป็นนักศึกษาเป็น ผู้ค้นหาข้อมูล คิด และเรียนรู้เองจาก ประสบการณ์ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้มีการ พัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่ไม่ได้มุ่งเน้น ความรู้ทางวิชาการอย่างเดียว แต่มีการปรับเน้น การพัฒนาทักษะด้านอื่นๆควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะ ทักษะการคิด การคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมี วิจัยญาณ การสื่อสารและการทำงานเป็นทีม⁽⁷⁾

ปัจจุบันมีการศึกษาและนำรูปแบบการ จัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านไป ใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้เรียน กลุ่มต่างๆ มากยิ่งขึ้น ส่วนด้านการศึกษาพยาบาล มีการศึกษาของสุมิตตา สว่างทุกซ์ และคณะ⁽⁸⁾ นำการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน



มาใช้ในการพยาบาลระยะคลอด พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการออกแบบกิจกรรมและการจัดทำสื่อการสอนในระดับมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของภาณุ อุดกลั่น และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า บรรยากาศการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านเป็นสิ่งที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจมากที่สุด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแม้จะมีการนำการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมาใช้ในการเรียนการสอนด้านการศึกษาพยาบาล แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจและเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบห้องเรียนกลับด้าน และนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากเป็นระบบที่มีเนื้อหามาก มีความซับซ้อนและลึกซึ้งกว่าระบบอื่น ประกอบกับเวลาในชั่วโมงเรียนมีน้อย จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายให้ผู้สอนจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจและกระตุ้นผู้เรียนในการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะ Life Long Learning เพื่อเป็นการบ่มเพาะพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน

ในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้แนวคิดการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนของ ADDIE model⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาการจัดการเรียนการสอน
- 2) ออกแบบรูปแบบการจัดการเรียนการสอน
- 3) พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน
- 4) ทดลอง ปรับปรุง พัฒนา และนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน
- 5) ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอน การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เลขที่ IRB BCNU 044/011 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการพิจารณาจริยธรรม โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 188 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบเจาะจงเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจทั้งหมด 188 คน

การดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็นการสังเคราะห์รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบ



ห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ โดยใช้แนวคิดของ ADDIE model⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis)

ประชุมอาจารย์ผู้ร่วมสอน เพื่อวิเคราะห์สภาพการจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ราชวิทยาลัยการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะจาก มคอ.3 มคอ.5 และผลประเมินการเรียนการสอนเชิงคุณภาพในปีการศึกษาที่ผ่านมา รวมทั้งศึกษาแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านใน Model Flipped Mastery Approach⁽⁶⁾ ตลอดจนวิเคราะห์สาระที่ผู้เรียนต้องรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (Design)

ผู้วิจัยออกแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน โดยยึดหลักการรูปแบบการจัดการเรียนการสอนสี่เสาหลักของ F-L-I-P (F – Flexible Environment, L – Learning Culture, I – Intention Content และ P – Professional Educator)⁽⁶⁾ ได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น คือ STAMP model

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (Development)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยดังนี้

1) รูปแบบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรูปแบบ STAMP model ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบแผนการสอนที่ระบุ

กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านเกี่ยวกับสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ ประกอบด้วย S: Self-paced learning of students เป็นการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองจากการสืบค้นข้อมูลตามที่คุณเรียนนัด ก่อนที่จะเข้าเรียนในชั่วโมงเรียน T: TeacherTutors ผู้สอนเป็นผู้วางแผนการเรียนรู้ออกแบบผู้เรียน เป็นผู้คอยสนับสนุน เตรียมเอกสารประกอบการเรียน เตรียมกรณีศึกษา/สถานการณ์ให้ผู้เรียน รวมทั้งเป็นผู้เพิ่มเติมในประเด็นสำคัญให้แก่ผู้เรียนทุกคนในชั่วโมงที่มีการจัดการเรียนการสอน A: Analytical thinking from case study/situation ผู้สอนแบ่งกลุ่มและมอบหมายกรณีศึกษาหรือสถานการณ์ให้ผู้เรียนวิเคราะห์ร่วมกันในชั่วโมง M: Mapping/ Concept Mapping ผู้เรียนสังเคราะห์สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ทั้งหมดในลักษณะการเชื่อมโยงองค์ความรู้ออกมาเป็นแผนผังมโนทัศน์รายบุคคลและภาพรวมของกลุ่ม ส่วน P: Participation คือการที่ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์ แล้วนำเสนอหน้าชั้นเรียน โดยให้ผู้เรียนกลุ่มอื่นมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วย

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การเตรียมความพร้อม 2) อาจารย์ผู้สอน 3) กิจกรรมการเรียนรู้ 4) ผู้เรียน และ 5) สื่อการเรียนการสอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 42 ข้อ แบ่งระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ และอีก 3 ข้อ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอน



3) แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอน ด้านการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน และด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะทั้งหมด 3 ท่าน ซึ่งรูปแบบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบ STAMP model ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.96 แบบทดสอบความรู้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม KR20 เท่ากับ 0.69

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (Implementation) ได้นำรูปแบบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน STAMP model ไปใช้ทดลองกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 นำมาปรับปรุงแก้ไข และใช้จริงกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน โดยวัดระดับความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน 5 ด้าน รวมทั้งเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของผู้เรียนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ STAMP model

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ความรู้ก่อนและหลังเรียนวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired-sample T test)

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านในสาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะคือ STAMP model โดยภาพรวม พบว่า เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีความเหมาะสมในระดับมาก โดย STAMP model ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1) S: Self-paced learning of students ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสามารถทางการเรียนของแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่ 2) T: Teacher Tutors ผู้สอนมีบทบาทเป็นคิวดอร์ หรือโค้ช เป็นผู้จัดประกายและสร้างความสนุกสนานในการเรียน รวมทั้งเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนในชั้นเรียนนั้นๆ ซึ่งผู้สอนจะต้องมีการวางแผนการการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนอย่างชัดเจนทั้งเนื้อหาและกิจกรรม เป็นผู้สร้างบรรยากาศในการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การอภิปรายของผู้เรียนและกระตุ้นให้ผู้เรียนสรุปแนวคิดที่ได้จากการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 3) A: Analytical thinking from case study/situation การคิดวิเคราะห์จากสถานการณ์หรือกรณีศึกษาที่กำหนด โดยการจัดหมวดหมู่ให้ชัดเจน มีการค้นหาข้อมูลที่เป็นเหตุผลเชื่อมโยงทฤษฎีที่ได้จากการเรียนรู้เป็นรู้อย่างจริง



มาเชื่อมโยงหาความสอดคล้องและความสัมพันธ์เชิงเหตุผล ขั้นตอนที่ 4) M: Mapping/ Concept Mapping แผนผังมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่เชื่อมต่อกับขั้นตอนของการคิดวิเคราะห์ เกิดการสังเคราะห์และเชื่อมต่อองค์ความรู้ออกมา ขั้นตอนที่ 5) P: Participation กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน รวมทั้งการมีส่วนร่วมระหว่างผู้เรียนด้วยกัน หรือระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

2. ผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน พบว่า ค่าดัชนีประสิทธิผลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้เรียนมีความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} < 0.01$) และผู้เรียนมีความพึงพอใจรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$, $S.D.=0.53$)

2.1 ระดับความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.02$, $S.D.=0.53$) เมื่อพิจารณารายด้านทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจที่มีค่ามากที่สุด คือ ด้านอาจารย์ผู้สอน ($\bar{X}=4.21$, $S.D.=0.59$) รองลงมา คือ ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ ($\bar{X}=4.02$, $S.D.=0.58$) และ ด้าน สื่อ การ เรียน การ สอน ($\bar{X}=3.90$, $S.D.=0.68$) เมื่อจำแนกตามตัวบ่งชี้ที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านการเตรียมความพร้อม คือ การชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ เนื้อหารายวิชา กิจกรรม การ เรียน รู้ และ การ ประเมิน ผล

($\bar{X}=4.13$, $S.D.=0.64$) 2) ด้านอาจารย์ผู้สอน คือ อาจารย์ผู้สอนเปิดโอกาสนักศึกษาซักถามปัญหา ได้อย่างอิสระ ($\bar{X}=4.28$, $S.D.=0.70$) 3) ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ คือ สรุปสาระสำคัญในกระบวนการเรียนการสอนชัดเจน ($\bar{X}=4.11$, $S.D.=0.67$) 4) ด้านผู้เรียน คือ มีความชอบเรียนในเนื้อหาที่มากขึ้น ($\bar{X}=4.21$, $S.D.=0.59$) 5) ด้านสื่อการเรียนการสอน คือ สื่อการเรียนการสอนมีความชัดเจน ($\bar{X}=4.21$, $S.D.=0.59$)

ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบ STAMP model พบว่า สามารถพัฒนาสมรรถนะผู้เรียน 7 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ มีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น มีการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง ทำให้เนื้อหาละเอียดง่ายต่อการค้นคว้าเพิ่มเติม 2) ด้านความรับผิดชอบ ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้นมากขึ้น มีการเตรียมตัวก่อนเข้ามามาก รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย 3) ด้านการพัฒนาตนเอง รู้จักจัดสรรเวลา และบริหารเวลา ช่วยการคิดแก้ไขปัญหาในกลุ่ม ฝึกการคิดวิเคราะห์มากขึ้น มีเวลาเตรียมตัวล่วงหน้า มีการเรียนรู้อย่างเข้าใจ ได้เรียนรู้ที่หลากหลาย กระตุ้นให้ศึกษาค้นหาข้อมูลตลอดเวลา 4) ด้านการบริหารเวลา มีการจัดสรรเวลาอ่าน ทบทวนเนื้อหา มีการวางแผนและจัดลำดับความสำคัญของงาน 5) ด้านการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี มีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม มีการจัดสรรแบ่งงานรับผิดชอบที่มอบหมาย ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียน ช่วยกันระดมความคิด ช่วยเหลือกันและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน 6) ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ค้นคว้า



กับการสืบค้นข้อมูล ความรู้ที่ได้รับมีการสืบค้นด้วยตนเอง มีการสืบค้นข้อมูลที่ทันสมัย 7) ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีความซื่อสัตย์ต่องานที่ได้รับมอบหมาย และเข้าเรียนตรงเวลา ส่งงานผู้สอนตามกำหนด

2.2 การเปรียบเทียบความรู้ของผู้เรียนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้เรียนหลังการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ของผู้เรียนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน

ปีการศึกษา	การทดสอบ	จำนวนนักเรียน	M	S.D	t
2562	ก่อนเรียน	188	3.36	1.68	-11.11**
	หลังเรียน	188	5.20	1.42	

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน สอดคล้องกับการสร้างการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีพลังและเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน⁽⁴⁾ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการวางแผน และควบคุมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผ่านสื่อการเรียนรู้ภายนอกชั้นเรียน และนำผลการเรียนรู้มานำเสนอพร้อมอภิปราย และทำกิจกรรมร่วมกันในชั้นเรียน สร้างสรรค์องค์ความรู้ด้วยตัวเอง^(6,11) โดยผู้สอนคอยให้คำปรึกษา และเชื่อว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถ มีศักยภาพการพัฒนาตนเองให้เกิดการเรียนรู้ตามแนวคิดมนุษยนิยม และสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองตามทฤษฎีสร้างสรรค์นิยม ผู้สอนทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศ และพฤติกรรมการเรียนรู้มากกว่าการสอนแบบเดิม

และรูปแบบการสอนห้องเรียนกลับด้านเป็นวิธีที่ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะทางปัญญาที่ควรได้รับการส่งเสริม และพัฒนาให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยเปลี่ยนจุดเน้นจากผู้สอนที่เป็นผู้ให้ข้อมูลผู้เรียนเป็นผู้ค้นหาข้อมูล การเรียนรู้ และกำหนดสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสามารถของแต่ละคน จากการลงมือปฏิบัติจริง^(7,8,9)

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านของ Bergmann & Sams⁽⁴⁾ และงานวิจัยของวสันต์ ศรีหิรัญ⁽¹¹⁾ ปางลีลา บุรพาพิชิตภักย์⁽⁶⁾ มาใช้ในการพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็น STAMP model ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเองตามความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนเพื่อให้รู้ลึก รู้จริง โดยผู้สอนเป็น



เพียงผู้ช่วยเหลือ แนะนำส่งเสริมให้ผู้เรียน บรรลุผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา เกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงองค์ความรู้ออกมาเป็นแผนผังมโนทัศน์ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวครอบคลุมประเด็นที่สำคัญในการนำเสนอรูปแบบ การจัดการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น พร้อมจัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ ผู้เรียนบันทึก การเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้สอนให้ข้อมูลย้อนกลับ ประเมินความเข้าใจผู้เรียนจากการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมการจัดการเรียนการสอน และผลการ วิเคราะห์สถานการณ์หรือกรณีศึกษา ความ สอดคล้อง และความเชื่อมโยงของแผนผังมโน ทัศน์ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ในทุกกิจกรรมสอดคล้องกับรูปแบบการเรียน การสอนสู่แบบแผนการดำเนินการสอนที่เป็นระบบ สอดคล้องกับทฤษฎี/หลักการเรียนรู้หรือการสอน ตามรูปแบบที่เชื่อถือ และได้รับการทดสอบว่ามี ประสิทธิภาพ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมาย เฉพาะรูปแบบนั้น^(1,12)

จะเห็นได้ว่า รูปแบบการพัฒนาการจัดการ เรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านใน สาระการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาาระบบทางเดิน ปัสสาวะในรูปแบบ STAMP model สะท้อนให้ เห็นถึงกระบวนการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมผลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้านทักษะ ทางปัญญา เกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และ เชื่อมโยงองค์ความรู้ออกมาเป็นแผนผังมโนทัศน์ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง รูปแบบการสอนนั้นได้ผ่านกระบวนการประเมิน ความเหมาะสม STAMP model จึงเป็นนวัตกรรม ด้านการจัดการเรียนรู้ที่เปลี่ยนช่วงเวลาของ

การสอนเนื้อหาที่ผู้สอนใช้ในการบรรยาย เป็น ช่วงเวลาให้ผู้เรียน ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผู้เรียนได้เรียนรู้ สนใจใฝ่รู้ สร้างความรู้ ประยุกต์ ความรู้ ลงมือปฏิบัติจริง และสร้างทักษะ การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการเรียนรู้แนวใหม่ สำหรับศตวรรษที่ 21

ผลของการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้เรียนมี ความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนสอดคล้องกับ สุรเชษฐ์ จันทร์งาม และพัลลภ พิริยะสุรวงศ์⁽¹³⁾ ที่ว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน ผสานด้วยความจริงเสริมเพื่อพัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มีความ เหมาะสมในระดับมาก สอดคล้องกับสมิตตา และ คณะ⁽⁸⁾ ที่ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการออกแบบ กิจกรรมและการจัดทำสื่อการสอนในระดับมาก ที่สุด และผู้เรียนมีความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อน เรียน ซึ่งผู้เรียนมีการศึกษาเนื้อหาผ่านการใช้ เทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัยตามยุคโลกาภิวัตน์ รวมทั้งผู้เรียนมีการศึกษาเนื้อหาผ่านสื่อ เทคโนโลยีที่ผู้สอนเตรียมไว้ก่อน แล้วมาทำ กิจกรรมและตอบปัญหาในชั้นเรียน ผู้สอนมี หน้าที่ออกแบบการสอน ช่วยเหลือ แนะนำ ประเมินผลการสอน และจัดกิจกรรมการสอนให้ ผู้เรียนได้เรียนรู้ สร้างความรู้ ประยุกต์ความรู้ ลงมือปฏิบัติ และสร้างทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21⁽¹⁴⁾ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สอนมีการ จัดการเรียนรู้ตามขั้นตอนของรูปแบบที่ส่งเสริม ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้านทักษะทางปัญญาเกิด การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเชื่อมโยงองค์ ความรู้ออกมาเป็นแผนผังมโนทัศน์ ซึ่งรูปแบบ การเรียนการสอนแบบนี้ให้ความสำคัญกับการ



เตรียมตัวผู้เรียนก่อน เพื่อให้ผู้เรียนได้วางแผนการเรียนรู้ของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ในการสืบค้นข้อมูลเชิงลึก ทำให้ได้มาซึ่งความรู้ในการแก้ปัญหาสถานการณ์ต่างๆ นำมาวิเคราะห์สถานการณ์หรือกรณีศึกษาที่กำหนด สอดคล้องกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของมธุรดา บรรจงการ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ผู้สอนใช้สถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และการศึกษาของจิราจันทร์ คณหา และคณะ⁽¹⁶⁾ ยังพบว่า การเรียนรู้โดยใช้โจทย์สถานการณ์ ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และกล้าตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ผู้เรียนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้เรียนหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ สอดคล้องกับภาณุ อดกัลลและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้เรียนในรายวิชาที่จัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และบรรยากาศการจัดการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่ผู้เรียนมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านไม่ได้ขึ้นอยู่กับบรรยากาศการเรียนรู้ การออกแบบกิจกรรม และการจัดทำสื่อการสอนเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับผู้เรียน และบทบาทผู้สอนด้วย ถ้าผู้เรียนมีความรู้ดี มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสิ่งที่เรียน จะส่งผลให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังขึ้นอยู่กับเทคนิคการกระตุ้นผู้เรียนของผู้สอน นอกจากนี้ยังมีการนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมาใช้ในวิชาการพยาบาล

เด็กและวัยรุ่นของวรรัชชล พิเชิธรวิไล⁽¹⁷⁾ พบว่าผลการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านต่อการนำตนเอง มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ สอดคล้องกับศศิธร มุกประดับ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า การจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านต่อการเรียนรู้แบบชี้นำตนเอง ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 มีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบสูงกว่าก่อนเรียน ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมพร้อมก่อนเรียน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในลักษณะนี้และวิธีการสอนของผู้สอนสามารถช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงข้อมูลที่คิดไปสู่การเชื่อมโยงกับข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้จริง สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้มากขึ้นจากการใช้รูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าว ดังนั้นควรมีการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบนี้ แต่ควรเพิ่มระยะเวลาหรืออาจส่งเสริมการพัฒนาสื่อและการใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รูปแบบ STAMP model มีความเหมาะสมในการใช้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้กรณีที่มีเนื้อหาเยอะแต่เวลาน้อย ซึ่งผู้สอนต้องอธิบายกิจกรรมการเรียนการสอนที่ชัดเจนให้ผู้เรียนเข้าใจ และควรเตรียมสื่อการเรียนการสอนที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมกระบวนการคิด รวมทั้งการสังเคราะห์องค์ความรู้ของผู้เรียน
2. ควรพัฒนาสื่อการสอนที่นำมาใช้ร่วมกับ STAMP model โดยบูรณาการกรณีศึกษา



ระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบอื่นๆ ในรูปแบบ E-book หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความน่าสนใจและสอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กยุคดิจิทัล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยความสะดวก และคณะผู้บริหาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทิศนา ขัมมณี. รูปแบบการเรียนการสอนทางเลือกที่หลากหลาย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
2. วิจารย์ พานิช. วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์; 2555.
3. ณมน จีรังสุวรรณ. หลักการออกแบบและการประเมิน Instructional Design and Assessment. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผลิตตำราเรียนมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2558.
4. Bergmann J, Sams A. Flip your classroom: Reach every student in every class every day. Washington, DC: Eugene, OR International Society for Technology in Education; 2012.
5. Bell JN. Using Social Stories to improve socially appropriate behaviors in children with Autism. The Florida state University America; 2005.
6. ปางลีลา นูรพาพิชิตกัย. The Flipped Classroom to Learning and teaching in Thailand. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2563, จาก <http://www.academai.edu>.
7. กระทรวงศึกษาธิการ. แผนการศึกษาแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; 2560.
8. สุมิตตา สว่างทุกข์, สุริสาร พานทองชัย, ปฤษฎาพร ผลประสาร. ประสิทธิภาพการสอนด้วยห้องเรียนกลับด้านในการพยาบาลระยะที่ 2 ของการคลอด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562; 26(2): 145-155.
9. ภาณุ อดกลั่น, สกาวเดือน มงคลสุคนธ์รัก, ปานเพชร สกุลกู. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1. วารสารบัณฑิตศึกษา 2564; 18(81): 114-124.
10. Clark D. Instructional System Design-Analysis Phase. Retrieved October 2003, from www.nwlink.com/hrd/sat2.html; 2003.
11. วสันต์ ศรีหิรัญ. ห้องเรียนกลับด้านกับการคิดวิเคราะห์. วารสารบัณฑิตศึกษา 2560; 14(65): 19-27.



12. Joyce B, Weil M. Models of teaching. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009.
13. สุรเชษฐ์ จันทรงาม, พัลลภ พิริยะสุรวงศ์. รูปแบบการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านผานด้วยความจริงเสริมเพื่อพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี 2561; 12(29): 229-240.
14. ฐานิตา ลีมวงศ์, ยุกาภรณ์ แสงฤทธิ์. ห้องเรียนกลับด้าน: การเรียนรู้แนวใหม่สำหรับศตวรรษที่ 21. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2562; 6(2): 9-17.
15. มธุรดา บรรจงการ, อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, ทมาภรณ์ สุขสรรค์, สกฤตน์ ศิริกุล. การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน: บทบาทผู้สอน ผู้เรียน และการเรียนรู้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3): 87-92.
16. จิราจันทร์ คณา, พลอยไพลิน มาสุข, กำแพงจินดา, สุดกัญญา ปานเจริญ, ปิ่นแก้ว โชติอำนาจ. ผลของการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3): 125-137.
17. วรรัชชล พิเชียรวิไล. ผลการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้านต่อการเรียนรู้แบบนำตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาคณาจารย์; 2563.
18. ศศิธร มุกประดับ, วิภา แซ่แซ่, รัตติ เวชประสิทธิ์, เนตรนภา คู่พันธ์วิ. ประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับทางและคุณลักษณะการเรียนรู้แบบชี้นำตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2561; 38(1): 1-9.



การศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น ปริมาณฟีนอลิก และฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของ สารสกัดกระชายขาว เพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สบู่กระดาษ

PHYTOCHEMICAL STUDY, TOTAL PHENOLIC, AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF BOESENBERGIA PANDURATA HOLTT EXTRACT FOR DEVELOPMENT OF PAPER HAND SOAP

Received: September 03, 2021

Revised: September 14, 2021

Accepted: November 12, 2021

แพรวพรรณ บุญนวม¹, นุรมา กาเบ¹, รัยมี หะยิมะสาและ¹,

วิทวัส หมาดี², ปิยะนุช สุวรรณรัตน์³, กุศุมลย์ น้อยผา⁴

Praewpun Boonnaum¹, Nurma Kabae¹, Raimee Hayeemasalaeh¹,

Wittawat Marde², Piyanuch Suwannarat³, Kusumarn Noipha⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดกระชายขาว (*Boesenbergia pandurata* Holtt) ได้แก่ แอลคาลอยด์ ฟลาโวนอยด์ แอนทราควิโนน คูมาริน ซาโปนิน แทนนิน เทอร์ปีนอยด์ สเตียรอยด์ และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ โดยอาศัยปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน ตรวจสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดกระชายขาวด้วยวิธี DPPH radical scavenging การหาปริมาณฟีนอลิกด้วยวิธี Folin-Ciocalteu colorimetric การทดสอบความพึงพอใจผลิตภัณฑ์สบู่กระดาษที่มีส่วนผสมของสารสกัดกระชายขาวจากผู้ใช้ 50 คน ด้วยวิธีสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ผลการวิจัยพบว่า สารสกัดกระชายขาว พบสารพฤกษเคมี ได้แก่ ฟลาโวนอยด์ คูมาริน ซาโปนิน แทนนิน เทอร์ปีนอยด์ และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ และสารสกัดกระชายขาวมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระมี $IC_{50}=232.50 \mu\text{g/mL}$ ให้ปริมาณฟีนอลิกรวม เท่ากับ $111.63 \pm 3.12 \text{ mgGAE/g}$ เมื่อพัฒนาเป็นสบู่กระดาษที่มีขนาดที่เหมาะสม ขนาด 5×6 เซนติเมตรต่อการใช้ 1 ครั้ง ผู้ใช้จำนวน 50 คน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.10 ± 0.19)

คำสำคัญ: กระชายขาว, สบู่กระดาษ, สารต้านอนุมูลอิสระ, สารพฤกษเคมี

¹ นิสิตหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² นักการแพทย์แผนไทย หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³ อาจารย์ หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

⁴ รศ.ดร. หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Corresponding author contact: kusumarn.n@hotmail.com



Abstract

The objectives of this research were to examine the preliminary phytochemicals of the white ginger extract (*Boesenbergia pandurata* Holtt), including, alkaloids, flavonoids, anthraquinones, coumarins, saponins, tannins, terpenoids, steroids, and cardiac glycosides using the reaction of color or sediment, and to study the antioxidant activity of white ginger extract by DPPH radical scavenging method and to determine total phenolic content was studied by Folin-Ciocalteu colorimetric method. The paper soap with white ginger extract was also tested the satisfaction in 50 testers which convenience sampling. The research results were found that white ginger extract found six groups of phytochemicals, including flavonoids, coumarins, saponins, tannins, terpenoids and cardiac glycosides, and have antioxidant activity at $IC_{50}=232.50 \mu\text{g/mL}$. The total phenolic content was $111.63 \pm 3.12 \text{ mgGAE/g}$. Prepare white ginger extract in soap and develop paper soap with suitable size ($5 \times 6 \text{ cm}$). 50 testers tested paper soap and showed a good level of satisfaction (average score = 4.10 ± 0.19).

Keywords: *Boesenbergia pandurata* Holtt, Paper Hand Soap, Antioxidant, Phytochemical

บทนำ

กระชาย (*Boesenbergia pandurata* Holtt) เป็นพืชสมุนไพรที่เพาะปลูกกันในประเทศจีนและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นไม้ล้มลุกไม่มี ลำต้นบนดิน มีเหง้าใต้ดิน ซึ่งแตกรากออกไปเป็นกระจุกจำนวนมาก อวบน้ำ ตรงกลางพองกว้างกว่าส่วนหัวและท้าย ใบเดี่ยว เรียงสลับเป็นระนาบเดียวกัน รูปขอบขนานแกมรูปไข่ กว้าง 4.5-10 เซนติเมตร ยาว 13-15 เซนติเมตร ตรงกลางด้านในของก้านใบมีร่องลึก ดอก ช่อ ออกแทรกอยู่ระหว่างกาบใบที่โคนต้น กลีบดอกสีขาวหรือชมพูอ่อน ใบประดับรูปใบหอกสีม่วงแดง ดอกย่อยบานครั้งละ 1 ดอก กระชาย ถือว่าเป็นเครื่องเทศชนิดหนึ่งที่คนไทยคุ้นเคยกันมานานแล้ว⁽¹⁾ ส่วนในเหง้ากระชายจะมีน้ำมันหอมระเหยและมีสารสำคัญหลายชนิดสะสมอยู่ซึ่งมีสรรพคุณดับกลิ่นคาวในอาหาร⁽²⁾

มีฤทธิ์ยับยั้งการเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ดี⁽³⁾ มีฤทธิ์ยับยั้งการต่อต้านเชื้อไวรัส HIV-1 protease⁽⁴⁾ และด้านการอักเสบ⁽⁵⁾ สารสกัดกระชายแสดงฤทธิ์ต้านจุลชีพและเชื้อราที่มีศักยภาพโดยการยับยั้งแบคทีเรีย แกรมบวกเช่น *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* และ *Bacillus subtilis* และยีสต์ *Candida albicans*⁽⁶⁾ และยังพบสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพในเหง้าของกระชาย เช่น Pinocembrin, Pinostrobin และ Cardamomin⁽²⁾ อีกทั้งในปี 2563 ทีมวิจัยไทยค้นพบว่าสารสกัดจากกระชายขาวมีสารสำคัญ 2 ชนิด คือ Pandulatin และ Pinostrobin สารทั้งสองชนิดนี้ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ได้โดยมีกลไกไปลดจำนวนเซลล์ที่ติดเชื้อได้ร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังสามารถยับยั้งเซลล์ในการผลิตไวรัสได้ถึงร้อยละ 100 อีกด้วย⁽⁷⁾



ปัจจุบันเป็นช่วงที่มีวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประชาชนสามารถหลีกเลี่ยงปัญหาการติดเชื้อโรคได้ โดยลดการสัมผัสสิ่งต่างๆ รอบกาย แต่อย่างไรก็ดี เรายังคงต้องสัมผัสกับสิ่งต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะในการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่จะใช้มือหยิบจับสิ่งของ เช่น การรับประทานอาหาร สัมผัสหรือโดนตัวผู้อื่น เป็นต้น การล้างมือให้สะอาดสามารถป้องกันเชื้อโรคได้ในเบื้องต้น ควรล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตัวเองเบื้องต้น เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคระบาดโควิด 19 รวมถึงโรคติดเชื้ออื่นๆ จึงพัฒนาสบู่อที่มีส่วนผสมของกระชายขาวขึ้น โดยพัฒนาเป็นรูปแบบสบู่ชนิดกระดาษ เพื่อให้ใช้งานได้ง่ายสะดวกสามารถพกพาไปทำความสะอาดและฆ่าเชื้อได้ทุกที่ทุกเวลานอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มมูลค่าให้กับกระชายขาวและนำผลงานวิจัยสบู่อกระดาษกระชายขาวไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาสบู่อกระดาษในระดับอุตสาหกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดกระชายขาวที่เป็นส่วนผสมในสบู่อกระดาษ
2. เพื่อตรวจสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดกระชายขาวที่เป็นส่วนผสมในสบู่อกระดาษ
3. เพื่อทดสอบความพึงพอใจผลิตภัณฑ์สบู่อกระดาษที่มีส่วนผสมจากสารสกัดกระชายขาว

ระเบียบวิธีวิจัย

การสกัดสมุนไพร นำกระชายขาวมาล้างทำความสะอาด หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วนำสมุนไพรเข้าสู่สบู่อสมุนไพรที่อุณหภูมิ 45-55 องศาเซลเซียสเป็นเวลา 24 ชั่วโมง นำสบู่อสมุนไพรที่อบแห้งแล้วใส่ในผ้าขาวบางแล้วผูกให้แน่น นำไปใส่ในขวดโหล จากนั้นเติมเอทิลแอลกอฮอล์ 95% ลงในโหลให้ท่วมสบู่อสมุนไพร ปิดให้สนิท ทิ้งไว้ 7 วัน เขย่าทุกวัน หลังจากนั้นกรองเอาส่วนที่เป็นสารสกัดเอทานอลนำไปทำให้เข้มข้นโดยใช้วิธีการระเหยโดยวิธีธรรมชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ทดสอบความพึงพอใจผลิตภัณฑ์สบู่อกระดาษที่มีส่วนผสมจากสารสกัดกระชายขาว ในพื้นที่มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำนวน 50 คน โดยผู้วิจัยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบพิจารณา (Judgment Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดกระชายขาว แบ่งการทดสอบสารทุติยภูมิ (Secondary Metabolites) ออกเป็น 10 กลุ่ม ได้แก่ แอลคาลอยด์ ฟลาโวนอยด์ แอนทราควิโนน คูมาริน ซาโปนิน แทนนิน เทอร์ปีนอยด์ สเตอรอยด์และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ โดยอาศัยปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน⁽⁸⁻¹⁰⁾ ดังนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบแอนทราควิโนน (Anthraquinones)
ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมน้ำละลาย 10% H_2SO_4 ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า นำไปอุ่นบน



เครื่องอังน้ำ (Water bath) 5 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก แล้วปล่อยให้สารละลายเย็นลงที่อุณหภูมิห้อง นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) ไปเติมสารละลายแอมโมเนีย ($10\% \text{NH}_3$) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่า ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีชมพูแดงเกิดขึ้นแสดงว่าพบ **สารแอนทราควิโนน**

2. การตรวจสอบแอลคาลอยด์ (Alkaloids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมน้ำละลาย 10% H_2SO_4 ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่านำไปอุ่นบนเครื่องอังน้ำ (Water bath) 5 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก แล้วปล่อยให้สารละลายเย็นลงที่อุณหภูมิห้อง นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) ไปหยดสารละลายดราเจนดอร์ฟ (Dragendorff's reagent) จำนวน 5 หยด เขย่าถ้าปรากฏตะกอนสีส้มแดง แสดงว่าพบ **สารแอลคาลอยด์**

3. การตรวจสอบคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ (Cardiac glycosides)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) เติมน้ำละลายเฟอร์ริกคลอไรด์ ($1\% \text{FeCl}_3$) จำนวน 5 หยด เขย่า เติมกรดกลacialแอซิดิก (Glacial acetic acid) จำนวน 5 หยด เขย่าและค่อยๆ เติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H_2SO_4) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ลงไป ถ้าปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารสกัดกับกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบ **สารคาร์ดิแอกไกลโคไซด์**

4. การตรวจสอบแทนนิน (Tannins)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมน้ำกลั่นปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร นำไปอุ่นบนเครื่องอังน้ำ (Water bath) 5 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) เติมน้ำละลายเฟอร์ริกคลอไรด์ ($1\% \text{FeCl}_3$) จำนวน 5 หยด เขย่าถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีเขียวดำหรือน้ำเงินดำ แสดงว่าพบ **สารแทนนิน**

5. การตรวจสอบฟลาโวนอยด์ (Flavonoids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วย 50% เอทานอล ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) ใส่หลอดแมกนีเซียมชิ้นเล็กๆ ลงไป 1 ชิ้น และหยดกรดไฮโดรคลอริกเข้มข้น (Conc. HCl) จำนวน 5 หยด เขย่าแล้วนำไปอุ่นบนเครื่องอังน้ำ (Water bath) 5 นาที ถ้าสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเข้ม แสดงว่าพบ **สารฟลาโวนอยด์**

6. การตรวจสอบเทอร์ปีนอยด์ (Terpenoids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) ค่อยๆ เติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H_2SO_4) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร ลงไปถ้าปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารสกัดกับกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบ **สารเทอร์ปีนอยด์**

7. การตรวจสอบสเตียรอยด์ (Steroids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วยคลอโรฟอร์ม ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า กรอง



ส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) เติมกรดแกลลิกแอซิดิก (Glacial acetic acid) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตร เขย่า แล้วเติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H_2SO_4) จำนวน 3 หยด ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีน้ำเงิน หรือน้ำเงินเขียว แสดงว่าพบ **สารสเตียรอยด์**

8. การตรวจสอบซาโปนิน (Saponins)

ใช้การทดสอบแบบการเกิดฟอง โดยชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมน้ำกลั่น ปริมาตร 5.0 มิลลิลิตร นำไปอุ่นบนเครื่องอ่างน้ำ (water bath) 5 นาที เขย่าอย่างแรง ถ้าปรากฏฟองถาวรเกิดขึ้นในหลอดทดลอง แสดงว่าพบ**สารซาโปนิน**

9. การตรวจสอบคูมาริน (Coumarin)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วย 50% เอทานอล ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่า กรองส่วนที่ไม่ละลายออก นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) เติมสารละลายโซเดียมไฮดรอกไซด์ (6M NaOH) ปริมาตร 1.0 มิลลิลิตร เขย่าถ้าสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเข้ม แสดงว่าพบ**สารคูมาริน**

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH radical scavenging เป็นวิธีที่ดัดแปลงจาก Braca, Sortino, Politi, Morelli, and Mendez (2002)⁽¹¹⁾ โดยใช้กรดแกลลิก (Gallic acid) เป็นสารมาตรฐาน มีหลักการคือ สารละลาย 2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl (DPPH) จะเป็นสารละลายสีม่วงและดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 515 นาโนเมตร เมื่ออนุมูลอิสระ DPPH ทำปฏิกิริยากับสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) จะทำให้สารละลายสีม่วงของ DPPH จางลง

จนเป็นสารละลายสีเหลืองอ่อนและไม่ดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 515 นาโนเมตร โดยผสมสารละลายมาตรฐาน (ความเข้มข้นเริ่มต้น 0.02 mg/mL) หรือสารตัวอย่างที่ต้องการทดสอบ (ความเข้มข้นเริ่มต้น 1.0 mg/mL) ปริมาตร 1 มิลลิลิตร กับสารละลาย DPPH ที่ละลายในตัวทำละลายเอทานอล ความเข้มข้น 0.1 mM ปริมาตร 1 มิลลิลิตร ให้เข้ากัน บ่มที่อุณหภูมิห้องในที่มืด เป็นเวลา 30 นาที วัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 515 นาโนเมตร ด้วยเครื่อง UV-Vis spectrophotometer ทำการทดลองทั้งหมด 3 ซ้ำ และคำนวณหาค่าร้อยละของการต้านอนุมูลอิสระ (% DPPH radical inhibition) จากสูตรดังต่อไปนี้

$$\% \text{ DPPH radical inhibition} =$$

$$[1 - (A_{\text{simple}}/A_{\text{control}})] \times 100$$

เมื่อ A_{simple} คือ ค่าการดูดกลืนแสงของสารละลายตัวอย่าง

A_{control} คือ ค่าการดูดกลืนแสงของสารละลาย DPPH

การหาปริมาณฟีนอลิก

การหาปริมาณฟีนอลิกรวมด้วยวิธี Folin-Ciocalteu colorimetric เป็นวิธีที่ดัดแปลงจาก Majhenic Skerget, and Knez (2007)⁽¹²⁾ ใช้กรดแกลลิก (Gallic acid) เป็นสารมาตรฐาน มีหลักการคือ สารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดจะทำปฏิกิริยากับ Folin-Ciocalteu reagent ซึ่งประกอบด้วย Phosphomolybdic-phosphotungstic acid reagents สารดังกล่าวจะถูกรีดิวซ์โดย Phenolic hydroxyl groups ของสารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดเกิดเป็น



Tungsten และ Molybdenum blue ซึ่งให้สีน้ำเงิน และดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 760 นาโนเมตร

โดยผสมสารละลายมาตรฐานกรดแกลลิก (ความเข้มข้น 0.1-0.0001 mg/mL) หรือ สารตัวอย่างที่ต้องการทดสอบ ปริมาตร 1 มิลลิลิตร กับสารละลาย Folin-Ciocalteu reagent ความเข้มข้น 20% (v/v) ปริมาตร 1 มิลลิลิตร ให้เข้ากัน บ่มที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 5 นาที จากนั้นเติมสารละลายโซเดียมไฮดรอกไซด์ (Na_2OH) ความเข้มข้น 0.35 N ปริมาตร 2 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน บ่มที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 30 นาที วัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 760 nm ด้วยเครื่อง UV-Vis spectrophotometer ทำการทดลองทั้งหมด 3 ซ้ำ

การทำสบู่กระดาศกระชายขาว

ใส่น้ำมันปาล์ม 300 กรัม ลงในหม้อตุ๋น ปิดฝาหม้อตุ๋นไว้ เตรียมละลายด่าง KOH (Potassium Hydroxide) โดยเทด่าง KOH 83 กรัม ลงในน้ำกลั่น 252 กรัม (ชั่งน้ำหนัก) คนให้ละลาย

วัดอุณหภูมิในหม้อตุ๋น 76 องศาเซลเซียส จากนั้นเทด่างที่เตรียมไว้ลงในหม้อตุ๋น ผสมให้เข้ากัน จนเกิดฟอง ปิดฝา ตุ่นสบู่ทิ้งไว้ 2-3 ชั่วโมง เตรียม น้ำกลั่น 568 กรัม ผสมเกลือ 56 กรัม คนให้เข้ากัน ค่อยๆ เทลงในหม้อตุ๋น แล้วบดให้กลีเซอรินละลาย พักไว้ให้ฟองสบู่สลายหมด ที่อุณหภูมิห้อง จากนั้นเติมสารสกัดกระชายขาวลงไปร้อยละ 4 ของน้ำหนักสบู่ทั้งหมด จะใช้สบู่กระชายขาว ปริมาตร 5 มิลลิลิตร ทาลงบนกระดาศขนาด 20×24 เซนติเมตร โดยใช้แปรงเกลี่ยให้ทั่วแผ่น ดังภาพที่ 1 และนำไปอบที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส ใช้เวลา 30 นาที และนำมาตัดเป็นชิ้นขนาด 5×6 เซนติเมตร ดังภาพที่ 2 โดยสบู่กระดาศ 1 แผ่นสามารถใช้ล้างมือได้ 1 ครั้ง เมื่อล้างมือกับน้ำเปล่า ดังภาพที่ 3 สบู่กระดาศจะเกิดฟองที่เหมาะสมในขณะล้าง และกระดาศละลายไปกับน้ำจนหมด ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 1 การเตรียมสบู่กระดาศ



ภาพที่ 2 สบู่กระดาศขนาด 5×6 เซนติเมตร



ภาพที่ 3 สบู่ 1 แผ่น ล้างมือได้ 1 ครั้ง
โดยล้างกับน้ำเปล่า



ภาพที่ 4 สบู่กระจายเกิดฟองที่เหมาะสม
ในขณะที่ล้างและกระจายละลายจนหมด

การทดสอบความพึงพอใจผลิตภัณฑ์สบู่ กระจายจากสารสกัดกระชายขาว

การทดสอบความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์สบู่กระจายที่มีส่วนผสมของสารสกัดกระชายขาว โดยการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์แก่กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ให้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์และสอบถามระดับความพึงพอใจต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สบู่กระจายจากสารสกัดกระชายขาว โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์สบู่กระจายจากกระชายขาว และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ความพึงพอใจมากที่สุด (ระดับ 5) ความพึงพอใจมาก (ระดับ 4) ความพึงพอใจปานกลาง (ระดับ 3) ความพึงพอใจน้อย (ระดับ 2) ความพึงพอใจน้อยที่สุด (ระดับ 1) โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของอาสาสมัครต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สบู่กระจายจากสารสกัดกระชายขาวมี จำนวน 8 ข้อ คัดแปลง

จาก เบญจมาศ ทานสุวรรณ (2559)⁽¹³⁾ และได้กำหนดการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.66 มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ระดับคะแนนเฉลี่ย 1.67-3.33 มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.34-5.00 มีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดี

ผลการวิจัย

1. นำหนักสารสกัดและร้อยละผลผลิตของสารสกัดกระชายขาว

จากผลการศึกษาพบว่า สารสกัดจากกระชายขาว โดยการแช่หมัก (Maceration) ด้วยตัวทำละลาย 95% เอทานอล และเมื่อนำไประเหยแห้ง จะได้เป็นสารสกัดหยาบ (Crude extract) ของกระชายขาว โดยสารสกัดดังกล่าวมีน้ำหนักสารสกัดและร้อยละผลผลิต เท่ากับ 46.14 กรัม (ร้อยละ 2.31) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 น้ำหนักสารสกัดและร้อยละผลผลิตของสารสกัดหยาบ (% Yield)

สารสกัด	เหง้ากระชายแห้ง(กรัม)	สารสกัดหยาบ(กรัม)	ร้อยละผลผลิต(%yield)
เหง้ากระชายขาว	166	46.14	27.79

2. การตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้น
จากการทดสอบพฤษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดขาว พบสารพฤษเคมี ได้แก่ ฟลาโวนอยด์

คูมาริน ซาโปนิน แทนนิน เทอร์ปีนอยด์ และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจสอบสารพฤษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดกระชายขาวในสมุนไพรกระชาย

สารพฤษเคมี	สารสกัดกระชายขาว
แอนทราควิโนน	-
แอลคาลอยด์	-
คาร์ดิแอกไกลโคไซด์	+
แทนนิน	+
ฟลาโวนอยด์	+
เทอร์ปีนอยด์	+
สเตียรอยด์	-
ซาโปนิน	+
คูมาริน	+

หมายเหตุ – หมายถึง ตรวจสอบไม่พบ + หมายถึง ตรวจสอบพบ

3. การทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ
จากการศึกษาความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดโดยวิธี DPPH ด้วยการวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 515 nm

พบว่าสารสกัดจากกระชายขาวมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ IC_{50} เท่ากับ 232.50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ร้อยละของการต้านอนุมูลอิสระ (% DPPH Radical inhibition) ของสารมาตรฐานกรดแกลลิก และสารสกัดกระชายขาว

สารสกัด (μg/mL)	%Inhibition ± S.D	IC ₅₀ (μg/mL)
กระชายขาว		
62.5	17.62±0.01	232.50
125	38.14±0.18	
250	54.03±0.01	
500	76.85±0.03	
1000	85.07±0.01	
Gallic acid		
0.187	15.11±0.01	0.87
0.375	29.14±0.01	
0.75	58.63±0.03	
1.5	93.29±0.00	
3	93.76±0.01	

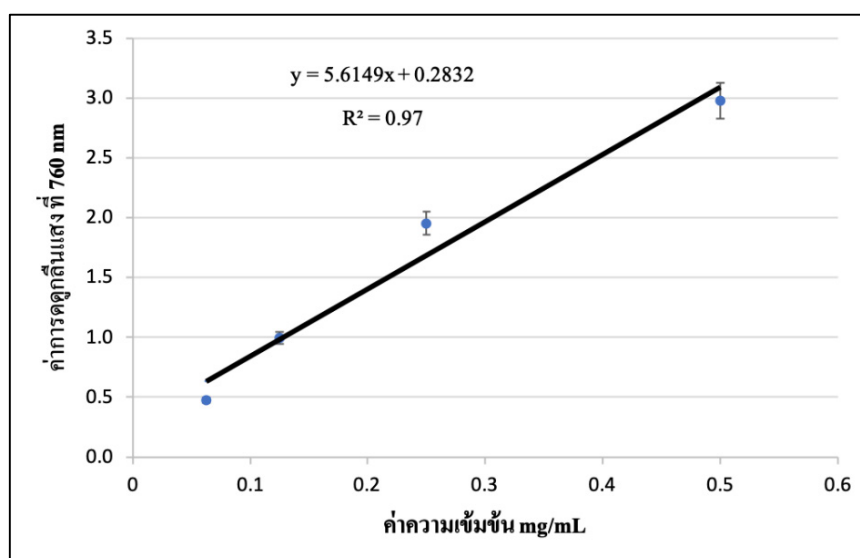
4. การหาปริมาณฟีนอลิกรวม

(Gallic acid) เป็นมาตรฐานพบว่าได้กราฟ
จากการหาปริมาณฟีนอลิกรวมด้วยวิธี

Folin-Ciocalteu colorimetric ซึ่งใช้กรดแกลลิก

มาตรฐานกรดแกลลิก ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5 กราฟมาตรฐานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าการดูดกลืนแสงที่ 760 นาโนเมตรกับความเข้มข้น
ต่างๆ ของสารมาตรฐานกรดแกลลิก (Gallic acid) ($y = 5.6149x + 0.2832$, $R^2 = 0.97$)





จากกราฟมาตรฐานกรดแกลลิก นำไป
คำนวณหาปริมาณฟีนอลิกรวมในสารสกัด
สมุนไพร พบว่าสารสกัดจากกระชายขาว มี
ปริมาณสารประกอบฟีนอลิก รวมเท่ากับ

111.63 ± 3.12 มิลลิกรัมสมมูลของกรดแกลลิ
คต่อน้ำหนักสารสกัดหยาบ 1 กรัม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปริมาณฟีนอลิกรวมของสารสกัดกระชายขาว

สารสกัดกระชายขาว	ความเข้มข้น (mg/ml)	ค่าการดูดกลืนแสง (OD)	ปริมาณฟีนอลิกรวม (mgGAE/g)
ครั้งที่ 1	1	0.91	111.45
ครั้งที่ 2	1	0.89	108.60
ครั้งที่ 3	1	0.93	114.84
ค่าเฉลี่ย		0.91 ± 0.02	111.63 ± 3.12

5. ระดับความพึงพอใจผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สบู่ กระชายจากกระชายขาว

จากผลการศึกษาในตารางที่ 5 เป็นผลจาก
การทดสอบความพึงพอใจของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สบู่
กระชายจากสารสกัดกระชายขาวโดยการแจก
ตัวอย่างผลิตภัณฑ์แก่กลุ่มตัวอย่าง 50 คน
เพศหญิง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 เพศชาย 13 คน
คิดเป็นร้อยละ 26 อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 13 คน
คิดเป็นร้อยละ 26 อยู่ในช่วงช่วงอายุ 21-30 ปี
จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36 อยู่ในช่วง
ช่วงอายุ 31-40 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 18
อยู่ในช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไปจำนวน 10 คน ร้อยละ
20 จากการสอบถาม พบว่า ในภาพรวมผู้บริโภคร

มีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์สบู่กระชายจาก
กระชายขาวในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.10 ± 0.19)
ซึ่งด้านปริมาณฟองสบู่ที่เหมาะสม ผู้บริโภคมี
ความพึงพอใจมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย
 4.62 ± 0.31) รองลงมาคือด้านสบู่กระชายมีขนาด
ที่เหมาะสมกับการใช้งาน (คะแนนเฉลี่ย
 4.56 ± 0.27) และด้านที่ผู้บริโภคพึงพอใจน้อย คือ
สีกลิ่นและกลิ่นหอมติดทนนานของสบู่กระชาย
(คะแนนเฉลี่ย 3.92 ± 0.22 และ 3.58 ± 0.20
ตามลำดับ) นอกจากนี้มีการเสนอแนะจาก
ผู้ทดลองใช้แนะนำให้ปรับปรุงสบู่กระชายให้มี
สีกลิ่นที่สวยงามและควรปรับปรุงเรื่องกลิ่นของ
ผลิตภัณฑ์ให้มีกลิ่นหอมมากยิ่งขึ้น



ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจผู้ใช้ผลิตภัณฑ์สบู่กระดาศจากกระชายขาว (n=50)

รายการ	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด	เฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	แปลผล
ด้านคุณลักษณะผลิตภัณฑ์							
1.สบู่กระดาศมี รูปลักษณ์สวยงาม	18 (36.0)	25 (50.0)	7 (14.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.22±0.22	ดี
2.สบู่กระดาศมี กลิ่นหอม	10 (20.0)	15 (30.0)	21 (42.0)	4 (8.0)	0 (0.0)	3.62±0.17	ดี
3.สบู่กระดาศมี สีสันทสวยงาม	10 (20.0)	26 (52.0)	14 (28.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.92±0.22	ดี
4.สบู่กระดาศมี ขนาดที่เหมาะสม	31 (62.0)	16 (32.0)	3 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.56±0.27	ดี
5.ทำให้ผิวเนียน นุ่มชุ่มชื้น	9 (18.0)	30 (60.0)	11 (22.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.96±0.25	ดี
6.รู้สึกผิวสะอาด สดชื่น	18 (36.0)	29 (58.0)	3 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.3±0.26	ดี
7.กลิ่นหอมติดทน นาน	5 (10.0)	25 (50.0)	14 (28.0)	6 (12.0)	0 (0.0)	3.58±0.20	ดี
8.มีปริมาณฟอง สบู่ที่เหมาะสม	37 (74.0)	8 (16.0)	4 (8.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	4.62±0.31	ดี
						ภาพรวมเฉลี่ย 4.10±0.19	ดี

สรุปผลการวิจัย

สารสกัดกระชายขาวที่สกัดด้วยเอทานอล มีสารพฤกษเคมีได้แก่ คาร์ดิแอกไกลโคไซด์ แทนนิน ฟลาโวนอยด์ เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และ คูมาริน และสารสกัดกระชายขาวมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ $IC_{50}=232.5 \mu\text{g/mL}$ ให้ปริมาณฟีนอลิกรวม เท่ากับ $111.63 \pm 3.12 \text{ mgGAE/g}$ เมื่อพัฒนาเป็นสบู่ กระดาศที่เหมาะสมขนาด 5×6 เซนติเมตร ต่อการใช้ 1 ครั้ง ผู้ใช้จำนวน 50 คน มีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับดีคะแนนเฉลี่ย = 4.1 ± 0.19

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาการตรวจสอบสารพฤกษเคมี เบื้องต้นในสารสกัดเอทานอลของกระชายขาว พบพฤกษเคมี 6 ชนิด คือ คาร์ดิแอกไกลโคไซด์ แทนนิน ฟลาโวนอยด์ เทอร์พีนอยด์ ซาโปนิน และคูมาริน การตรวจสอบสารพฤกษเคมีดังกล่าว ช่วยยืนยันฤทธิ์ทางชีวภาพของสารสกัดที่สามารถด้านการอักเสบ⁽⁵⁾ ต้านจุลชีพและเชื้อราที่มีศักยภาพโดยการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย แกรมบวก เช่น *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* และ



Bacillus subtilis และยีสต์ *Candida albicans*⁽⁶⁾ และยังพบสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพในเหง้าของ กระชาย เช่น pinocembrin, pinostrobin และ cardamonin ที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อไวรัส ต้นเหตุของโควิด-19 ได้⁽⁷⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rungrat Jitvaropasa, Suphaket Saenthaweesuka, Nuntiya Somparna, Amornnat Thuppiiaa, Seewaboon Sireeratawonga และ Waranyoo Phoolcharoenb (2012)⁽⁶⁾ พบว่า การทดสอบสารพฤกษเคมีของกระชายขาวพบ สารพฤกษเคมี ประกอบด้วย ฟลาโวนอยด์ อัลคาลอยด์ และสารประกอบฟีนอลิก แต่ไม่พบแทนนินและซาโปนิน จากการศึกษาฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ พบว่าสารสกัดกระชายขาวมีค่า IC_{50} เท่ากับ 232.50 $\mu\text{g/mL}$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ ปานผดุง (2546)⁽¹⁴⁾ พบว่า การศึกษาพฤกษเคมีของเหง้ากระชาย โดยการทดสอบฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระด้วยวิธี DPPH radical scavenging assay มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระได้สูง มีค่า IC_{50} เท่ากับ 297 $\mu\text{g/mL}$ ซึ่งไม่ตามเกณฑ์ของ Joabe และคณะ (2010)⁽¹⁵⁾ (ถ้าค่า IC_{50} ต่ำกว่า 65 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม แสดงว่า มีฤทธิ์ดีมาก ค่า IC_{50} ระหว่าง 65-152 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม มีฤทธิ์ดี ส่วนค่า IC_{50} มากกว่า 152 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัม มีฤทธิ์ต่ำ) ดังนั้น จากผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น สำหรับการศึกษารวบรวมและโครงสร้างของสารออกฤทธิ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเป็นยาหรืออาหารเสริมสุขภาพต่อไป การนำสารสกัดจากธรรมชาติมาใช้เป็นวัตถุดิบในการตั้งตำรับในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเพื่อสุขภาพและ

เสริมความงามเป็นกระแสนิยมที่ได้รับความนิยมสนใจในปัจจุบันพืชสมุนไพรที่ต่อต้านริ้วรอย โดยส่วนใหญ่ มักจะเป็นสารในกลุ่มสารประกอบฟลาโวนอยด์ สำหรับพืชสมุนไพรที่ช่วยให้ผิวขาวก็จะมีสารที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไทโรซิเนสซึ่งเกี่ยวข้องการสร้างเม็ดสีของ ผิวหนัง เช่น สารในกลุ่มสารประกอบฟีนอลิก⁽¹⁶⁾ จากการวิเคราะห์ปริมาณฟีนอลิกรวมโดยใช้วิธี Folin-Ciocalteu colorimetric ผลการวิจัย พบว่า สารสกัดกระชายขาวให้ปริมาณฟีนอลิกรวม เท่ากับ 111.63 $\pm$ 3.12 mgGAE/g เหมาะต่อการทำสบู่และนวดผิวพรรณได้ ซึ่งไม่พบงานวิจัยใดที่มีการทำผลิตภัณฑ์สบู่นอกจากกระชายขาว มาทำการศึกษาค้นคว้าหาสารสำคัญ ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและปริมาณฟีนอลิกรวม ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเป็นการยืนยันว่าผลิตภัณฑ์สบู่นวดมีสรรพคุณที่มีคุณภาพต่อผู้บริโภค

จากผลการทดสอบการยอมรับของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์สบู่นวดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน มีผลการยอมรับโดยรวม อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.10 $\pm$ 0.19) ผู้บริโภคมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงผลิตภัณฑ์สบู่นวด โดยเพิ่มความสวยงามของสีและเพิ่มความหอมของสบู่นวด ทางผู้วิจัยเห็นว่าควรทำการปรับปรุงเกี่ยวกับความสวยงามของสีและกลิ่น เพื่อตอบสนองต่อผู้บริโภค ซึ่งอาจจะปรับปรุงในด้านกลิ่น โดยการเติมน้ำหอมซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูมิทัศ ทับทิม, นฤมล พินเนียม ชนะไพฑูรย์ และสุภกร บุญยืน (2016)⁽¹⁷⁾ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในสีของสบู่ และประสิทธิภาพการชำระล้างสิ่งสกปรกอยู่ในเกณฑ์



ดีมากและในด้านกลิ่น ลักษณะฟองและความ
พึงพอใจ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งอาจจะ
ปรับปรุงในด้านกลิ่น โดยการเติมน้ำหอมได้

ผลิตภัณฑ์ที่มีสีที่เข้มข้น และกลิ่นหอมที่
หลากหลาย ตามความต้องการของผู้บริโภค
ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการทดสอบการยอมรับของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์สบู่กระด้างในผู้บริโภค
จำนวน 50 คน มีผลการยอมรับโดยรวม อยู่ใน
ระดับดีมาก ผู้บริโภคมีข้อเสนอแนะให้
ปรับปรุงผลิตภัณฑ์สบู่กระด้างโดยเพิ่มความเข้ม
ของสี และความหอมของกลิ่น ซึ่งงานวิจัย
ในครั้งถัดไปควรมีการศึกษาพัฒนาเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะวิทยาการสุขภาพและ
การกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
ในการสนับสนุนทุนวิจัย และคณะอุตสาหกรรม
การเกษตรและชีวภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ
วิทยาเขตพัทลุง ที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือ
วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. อุดมการ อินทุไส และ ปาริชาติ ทะนานแก้ว. (2559). สมุนไพรไทย ตำรับยา บำบัดโรค บำรุงร่างกาย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.
2. กวิน สุขสิงห์ และ วรณี จิรภาคย์กุล. (2554). ผลของการทำแห้งต่อปริมาณสารประกอบฟลาโวนอยด์ และสมบัติด้านออกซิเดชันในกระชายเหลือง. ในการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49. (หน้า641-648). วันที่ 1-4 กุมภาพันธ์ 2554 ณ กรุงเทพฯ.
3. Kirana C, Jones GP, Record IR, McIntosh GH. (2007). Anticancer properties of panduratin A isolated from *Boesenbergia pandurata* (Zingiberaceae). Journal of natural medicines. 61 (2), 131-137.
4. Kiat S, Richard TP, Rohana Y, Halijah I, Norzulaani K, Noorsaadah A. (2006). Inhibitory activity of cyclo hexenyl chalcone derivatives and flavonoids of fingerroot, *Boesenbergia rotunda* (L.), towards dengue-2 virus NS3 protease. Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters. 16 (12), 3337-3340.
5. Tewtrakul S, Sanan S, Chatchanok K, Chanita P, Sarot C. (2009). Anti-inflammatory effects of compounds from *Kaempferia parviflora* and *Boesenbergia pandurata*. Food Chemistry. 115(2), 534-538.
6. Jitvaropasa R, Saenthaweesuka S, Somparna N, Thuppiat A, Sireeratawong S. and Phoolcharoenb W. (2012). Antioxidant, antimicrobial and wound healing activities of *Boesenbergia rotunda*. [Electronic Journal]. Natural Product Communications, 7(7). 909-912.
7. ปิยะมิตร ศรีธรา, พลังพล คงเสรี และ สุภฤกษ์ บวรภิญโญ. (2563). สารสกัดกระชายขาว ต้าน COVID-19 ค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2563, จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramacclinic/article/09sep2020-1522>.



8. Ayoola, GA, Coker HA, Adesegun SA, Adepoju-B AA, Obaweya K, Ezennia EC, Atangbayila TO. (2008). Phytochemical screening and antioxidant activities of some selected medicinal plants used for malaria therapy in southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 7 (3), 1019-1024.
9. Sazada S, Verma A, Rather AA, Jabeen F, Meghvansi MK. (2009). Preliminary phytochemicals analysis of some important medicinal and aromatic plants. *Advances in Biological Research*. 3 (3), 188-195.
10. Shyam-Krishnan M, Dhanalakshmi P, Sudhalakshmi GY, Gopalakrishnan S, Manimaran A, Sindhu S, Sagadevan E, Arumugam P. (2013). Evaluation of phytochemical constituents and antioxidant activity of Indian medicinal plant *Hydnocarpus pentandra*. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 5 (1), 453-458.
11. Braca, A, Sortion, C, Politi, M, Morelli, I, and Meddez, J. (2002). Antioxidant activity of flavonoids from *Liccania licaniaeflora*. *Journal of Ethnopharmacology*. 79 (3), 379-381.
12. Majhenic L, Skerget M, Knez Z. (2007). Antioxidant and antimicrobial activity of guarana seed extract. *Food Chemistry*. 104 (3), 1258-1268.
13. เบญจมาศ ทานสุวรรณ. (2559). การพัฒนาผลิตภัณฑ์สบู่จากกากกาแฟอาราบิก้า (ดงมะไฟ) ตำบลมะเกลือใหม่ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา (รายงานการวิจัย). นครราชสีมา : โปรแกรมวิชาการบัญชี คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
14. ทศนีย์ ปานผดุง. (2546).ฤทธิ์ต้านออกซิเดชันและการควบคุมคุณภาพโดยเทคนิค HPLC ของสารจากเหง้ากระชาย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.15.
15. Joabe GM, Thiago ASA, Valérium TNAC, Daniela LVC, Maria DR, Silene CN, Elba LCA and Ulysses PA. (2010). Antiproliferative activity, antioxidant capacity and tannin content in plants of semi-Arid northeastern Brazil. [Electronic Journal]. *Molecules*, 15 (12). 8534-8542.
16. ณพัชร บัวบุญ. (2558). การพัฒนาโลชั่นจากสารสกัดหยาบชะเอมไทยที่มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ. วารสารวิจัย และพัฒนา โดยองค์กร ในพระบรมราชูปถัมภ์. 10 (2), 97-106.
17. ภูมิทัส ทับทิม, นฤมล พินเนียม ชนะไพฑูรย์ และสุกกร บุญยืน. (2561). การพัฒนาสบู่เหลวที่มีส่วนผสมจากสารสกัดหอมหัวใหญ่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 26 (4), 546-550.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

**Factors Related to Alcohol Drinking Behavior of Upper Secondary Student in Samsong District
Khonkaen Province.**

Received: September 27, 2021

Revised: November 22, 2021

Accepted: November 30, 2021

วราภรณ์ วีระพันธ์¹

Waraporn Weeraphan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและเก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม - กันยายน 2564 โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าไคสแควร์, Adjust odd ratio, ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวนนักเรียน 130 คน พบความชุกของนักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 69.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.6 และเพศชาย ร้อยละ 34.4, อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรก 14.84 ปี $\pm$ 1.20, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 3.54, 95% CI = 1.61 - 7.72), เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 (AOR = 2.87, 95% CI = 1.25 - 6.55), มีการดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท (AOR = 9.94, 95% CI = 3.93 - 25.13), การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก (AOR = 2.37, 95% CI = 1.08 - 5.18) ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการรณรงค์ให้ลดการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียนและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชำสูง



Abstract

A Cross-sectional analysis study aimed to study prevalence, alcohol drinking behavior and factors related to alcohol drinking behavior of upper secondary student in Samsong district Khonkaen province. Using a multi-stage sampling method. Data collection was done through a self-administrator questionnaire during August to September 2021. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and logistic regression analysis including Chi square, Adjust odd ratio, 95%confidence interval. The results showed that 130 students were included in the study. Prevalence of students drinking alcohol was 69.2%. Female 56.2%. Male 43.8%. Average age at first drinking at 14.84 years $\pm$ 1.20. Factors related to alcohol drinking behavior of upper secondary student in Samsong district Khonkaen province. Statistically significant ($p < 0.05$). Female (AOR = 3.54, 95%CI = 1.61 - 7.72), GPA less than 3.00 (AOR = 2.87, 95%CI = 1.25 - 6.55), Close friend were drinking alcohol (AOR = 9.94, 95%CI = 3.93 - 25.13), Access to alcohol-related media so much. (AOR = 2.37, 95%CI = 1.08 - 5.18) Results suggest that there should be a campaign to reduce alcohol drinking in schools and control factors affecting alcohol use.

Keywords: Alcohol, Upper secondary student, Alcohol drinking behavior.

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นับว่าเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายและสังคมให้การยอมรับโดยสามารถจำหน่ายเพื่อการบริโภคอย่างแพร่หลายในประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 40 ของโลก⁽¹⁾ และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดกลั่นเป็นอันดับ 5 ของโลก⁽²⁾

จากหลักฐานทางวิชาการทั้งในประเทศและทั่วโลก ในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุ อันตรายต่างๆ ทั้งทางกายและจิตใจ การทำร้ายร่างกายและเกิดความรุนแรงต่างๆ ปรากฏชัดเจนว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ไม่ว่าในรูปแบบใด เช่น เบียร์ ไวน์ สุรา ฯลฯ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะและโรคต่างๆ ทำให้คนไทยป่วยและตายก่อนวัยอันควร

จำนวนมากในแต่ละปีและประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีคุณค่ายิ่ง⁽³⁾

จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ช้างสูง ปี 2561-2564 จากจำนวนผู้มาใช้บริการทั้งหมดพบว่า มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยร้อยละ 4.39 โดยคิดเป็นเพศชายร้อยละ 86.87 เพศหญิงร้อยละ 13.12 ซึ่งหากแยกเป็นตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 4.23, กลุ่มอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 12.49, กลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 14.36, กลุ่มอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 24.18, กลุ่มอายุ 50-60 ปี มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือ ร้อยละ 25.12, กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.62 และพบว่า ผู้ป่วยมีผลแทรกซ้อนจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้ต้องนอนรักษาตัวที่



โรงพยาบาลชำสูงมากที่สุด คือ ภาวะชักจากการขาด แอลกอฮอล์ เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุราซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มสุรา⁽⁴⁾ ซึ่งเราได้สถิติจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชำสูงเท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีสถิติข้อมูลของประชากรทั่วไปในการดื่มแอลกอฮอล์และยังไม่มีสถิติในการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในชีวิต

จากข้อมูลสถิติของอำเภอชำสูง อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี พบน้อยสุด แต่จากการศึกษาค้นคว้าวิจัย พบว่านักดื่มที่เพิ่งเริ่มดื่มสุราเป็นครั้งแรกในชีวิต จำแนกตามความชุกในประชากรทั่วไปในแต่ละช่วงอายุ พบว่า ความชุกของนักดื่มหน้าใหม่สูงที่สุดอยู่ใน กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 16.15 รองลงมาคืออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.94, อายุ 25-44 ปี ร้อยละ 0.91, อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 0.22 , อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.10 ตามลำดับ⁽⁵⁾

ผู้วิจัยจึงทำวิจัยในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อหาสาเหตุและเพื่อเป็นแนวทางต่อไปในการป้องกันและลดการดื่มแอลกอฮอล์ในครั้งแรกในช่วงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป หากป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงได้ก็จะทำให้อัตราการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ใหญ่ในอนาคตลดลงด้วย

หากทราบถึงพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นแล้ว สามารถหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงประเด็นและยั่งยืน โดยให้ความสำคัญในการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากการดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงจากพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ⁽⁶⁾

แนวทางการดูแลและป้องกันการดื่มสุราในเด็กและเยาวชนจะขับเคลื่อนไปข้างหน้า และได้ข้อสรุปในทางปฏิบัติได้อย่างไร ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กๆ ช่วยให้พวกเขาลด ละ เลิก ความอยากกลองดื่ม และใช้ชีวิตไม่ติดสุรามาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตได้⁽⁷⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกในการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ชั้นปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2564 ในอำเภอชำสูง
จังหวัดขอนแก่น 194 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ชั้นปีที่ 4-6 ในอำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่นและ
เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา

- นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่
ยินยอมเข้าร่วมทำการศึกษา
- ผู้ปกครองให้ความยินยอมในการเข้าร่วม
ศึกษา
- สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

- นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อ
การประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ที่ตัวแปร
ผลเป็นตัวแทนของประชากรตามทฤษฎีการ
ประมาณค่า (Lemeshow et al. 1990)⁽⁸⁾ สูตรการ
คำนวณดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)Z^2 1-\alpha/2}{d^2 (N-1) + p(1-p)Z^2 1-\alpha/2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ในอำเภอชำสูงจังหวัดขอนแก่น 194 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะ
ประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง = 0.05

Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเมื่อกำหนดให้
ความเชื่อมั่น 95% $Z (0.975) = 1.959964$

p = สัดส่วนของประชากร = 0.42 ได้จาก
การศึกษาของสุรเมศวร์ ฮาซิมและคณะ⁽⁹⁾

d = ความกระชับของการประมาณค่า = 0.05

เมื่อแทนค่าจากสูตร คำนวณขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างได้จำนวน 118 คน เพื่อเป็นการป้องกัน
ความคลาดเคลื่อนและผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการ
ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของ
กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบสอบถามเพิ่ม
ร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 130 คน

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบวิธีสุ่มตัวอย่างแบบ
หลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1: เริ่มจากการสุ่มแบ่งชั้นภูมิ
(Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน
ประชากรจำแนกตามระดับการศึกษา

ขั้นที่ 2: เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตาม
สัดส่วนในแต่ละระดับการศึกษาตามชั้นเรียนแล้ว
ต่อไปจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple
Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากจาก
รายชื่อของนักเรียนทั้งหมดในแต่ละชั้น ซึ่งจะจับ
สลากรายชื่อของนักเรียนตามเลขที่โดยไม่ใส่คืนให้ได้
ตามสัดส่วนแต่ละชั้นเรียน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือน
สิงหาคมถึงกันยายน 2564 เนื่องจากมีการระบาดของ
โรค Covid-19 ทำให้โรงเรียนปิดทั่วประเทศ
ผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถามผ่านระบบ Google form
โดยทำแบบสอบถามผ่านการสแกน QR Code
โดยได้เข้าพบผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตให้แจก
แบบสอบถามและได้เข้าพบอาจารย์ประจำชั้นใน
วันประชุมของอาจารย์ โดยได้ชี้แจงและอธิบาย
รายละเอียดให้แก่อาจารย์ประจำชั้นรับทราบและ



ให้อาจารย์ส่ง QR code ให้แก่นักเรียนเพื่อทำแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง มีทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของนักเรียน เป็นแบบเลือกตอบ Check List จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย สถานภาพสมของพ่อแม่

ส่วนที่ 2 : พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามเกี่ยวกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 4 ข้อ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ อัญชลี เหมชะญาติ⁽¹⁰⁾, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งเรือง ศรีสุริยเวศน์⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย

1. การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว
2. การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท
3. การเข้าถึงแหล่งซื้อขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินความเครียด ST-5 แบบประเมินมี 5 ข้อ แบบวัดความเครียดฉบับศรีัญญา⁽¹²⁾ พัฒนาโดย พญ.อรรณพ ศิลปะกิจ

ส่วนที่ 5 : แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแปลมาจากแบบทดสอบความรู้สึกมี

คุณค่าในตัวเองของโรเซนเบิร์ก⁽¹³⁾ (The Global Self-Esteem Questionnaire) มีลักษณะเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ Try out เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับสังคมและสิ่งแวดล้อมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Cronbach alpha = 0.79, แบบประเมินความเครียด ST-5 Cronbach alpha = 0.85, แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง Cronbach alpha = 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ใช้วิเคราะห์ความชุกและข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรนำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Logistic Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น นำเสนอความสัมพันธ์โดยใช้ ChiSquare, Adjust odd ratio พร้อมช่วงความ



เชื่อมั่นที่ระดับ 95% ของ AOR (95% Confidence interval of Adjust odds ratio)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หมายเลขโครงการ KEC 64046/2564 รับรองวันที่ 14 สิงหาคม 2564

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 130 คน เพศหญิงร้อยละ 56.2 เพศชายร้อยละ 43.8, อายุเฉลี่ย 16.43 ± 1.05 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.7, นักเรียนชั้น ม.4 ร้อยละ 36.9 นักเรียนชั้น ม.5 ร้อยละ 32.3 นักเรียนชั้น ม.6 ร้อยละ 30.8, เกรดเฉลี่ย 3.00 - 4.00

ร้อยละ 58.5 ต่ำกว่า 3.00 ร้อยละ 41.5, สถานภาพสมรสของพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 59.2 พ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 40.8

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

เคยดื่มร้อยละ 69.2 ไม่เคยดื่มร้อยละ 30.8, ส่วนมากดื่มเดือนละครั้งหรือน้อยกว่าร้อยละ 81.1, ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 14.84 ± 1.20 ปี, อายุน้อยสุดที่เริ่มดื่มคือ 12 ปี มากสุดคือ 18 ปี, เหตุจูงใจในการดื่มครั้งแรกคือ ทดลองดื่ม ร้อยละ 43.3, ส่วนมากดื่มกับเพื่อน/แฟน ร้อยละ 57.8, โอกาสที่จะดื่มคือ งานเลี้ยงสังสรรค์/งานเทศกาล ร้อยละ 44.8, ไม่ได้ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง ร้อยละ 48.9 ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง ร้อยละ 51.1, ส่วนมากซื้อเครื่องดื่มจากร้านค้าใกล้บ้าน ร้อยละ 78.3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทใดที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สุรา/เหล้า ร้อยละ 35

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละจำแนกตามสังคมและสิ่งแวดล้อมในการดื่มแอลกอฮอล์ (n=130)

สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว		
ไม่มี	47	36.2
มี	83	63.8
การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท		
ไม่มี	30	23.1
มี	100	76.9
การเข้าถึงแหล่งซื้อขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ยาก	45	34.6
ง่าย	85	65.4
การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
น้อย (0-2 คะแนน)	69	53.1



สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
มาก (3-9 คะแนน)	61	46.9
Min = 0, Max = 9, SD = 2.57, Mean = 2.91		

สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัวมี ร้อยละ 63.8 ไม่มี ร้อยละ 36.2, การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท มีร้อยละ 76.9 ไม่มี ร้อยละ 23.1, การเข้าถึงแหล่งซื้อขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาก ร้อยละ 34.6 เข้าถึงง่าย ร้อยละ 65.4, การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้อย (0-2 คะแนน) ร้อยละ 53.1 มาก (3-9 คะแนน) ร้อยละ 46.9 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 9 คะแนน ค่าเฉลี่ย 2.91 ± 2.57 (ตารางที่ 1)

ความเครียด

เครียดน้อย (0-4 คะแนน) ร้อยละ 58.5 เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) ร้อยละ 23 เครียดมาก (8-9 คะแนน) ร้อยละ 10 เครียดมากที่สุด (10-20 คะแนน) ร้อยละ 8.5 คะแนนต่ำสุด, สูงสุด = 0, 20 คะแนน ,ค่าเฉลี่ย 3.98 ± 3.87 คะแนน (ตารางที่ 2)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองน้อย (0 - 25 คะแนน) ร้อยละ 42.3, ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมาก (26 - 40 คะแนน) ร้อยละ 57.7, คะแนนต่ำสุด, สูงสุด = 15, 34 คะแนน, ค่าเฉลี่ย 25.81 ± 3.68 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละจำแนกตามระดับความเครียด (n=130)

ความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0 - 4 คะแนน)	76	58.5
เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน)	30	23
เครียดมาก (8 - 9 คะแนน)	13	10
เครียดมากที่สุด (10 - 20 คะแนน)	11	8.5
Min = 0, Max = 20, SD = 3.87, Mean = 3.98		

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละจำแนกตามระดับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (n=130)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0 - 25 คะแนน)	55	42.3
มาก (26 - 40 คะแนน)	75	57.7
Min = 15, Max = 34, SD = 3.68, Mean = 25.81		



การดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ตามปัจจัยที่ศึกษา

เพศชายไม่ดื่มร้อยละ 65 ดื่มร้อยละ 34.4, เพศหญิง ไม่ดื่มร้อยละ 35 ดื่มร้อยละ 65.6, เกรดเฉลี่ย 3.00-4.00 ไม่ดื่มร้อยละ 75 ดื่มร้อยละ 51.1, เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 ไม่ดื่มร้อยละ 25 ดื่มร้อยละ 48.9, สถานภาพสมรสของพ่อแม่ อยู่ด้วยกัน ไม่ดื่มร้อยละ 57.5 ดื่มร้อยละ 60, สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ไม่ดื่มร้อยละ 43.5 ดื่มร้อยละ 40, ไม่มีการดื่ม แอลกอฮอล์ในครอบครัว ไม่ดื่มร้อยละ 34.4 ดื่มร้อยละ 40, มีการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ไม่ดื่มร้อยละ 65.6 ดื่มร้อยละ 60, ไม่มีการดื่ม แอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท ไม่ดื่มร้อยละ 52.5 ดื่มร้อยละ 10, มีการดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท

ไม่ดื่มร้อยละ 47.5 ดื่มร้อยละ 90, การเข้าถึง แหล่งซื้อขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาก ไม่ดื่ม ร้อยละ 25 ดื่มร้อยละ 38.9, การเข้าถึงแหล่งซื้อ ขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ง่าย ไม่ดื่มร้อยละ 75 ดื่มร้อยละ 61.1, การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาก ไม่ดื่ม ร้อยละ 67.5 ดื่ม ร้อยละ 46.7 การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ง่าย ไม่ดื่มร้อยละ 32.5 ดื่มร้อยละ 53.3, ความเครียดน้อยไม่ดื่มร้อยละ 52.5 ดื่ม ร้อย ละ 61.1 ความเครียดปานกลางถึงมาก ไม่ดื่ม ร้อย ละ 47.5 ดื่มร้อยละ 38.9, ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตัวเองมาก ไม่ดื่มร้อยละ 65 ดื่มร้อยละ 54.4, ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองน้อย ไม่ดื่มร้อยละ 35 ดื่มร้อยละ 45.6 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามการดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่ศึกษา	การดื่มแอลกอฮอล์		Adjust OR	95%CI	p - value
	ไม่ดื่ม(N=40)	ดื่ม (N=90)			
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย (57 คน) ^R	26 (65)	31 (34.4)	3.53	1.61 - 7.72	0.002**
หญิง (73 คน)	14 (35)	59 (65.6)			
เกรดเฉลี่ย					
3.00 - 4.00 ^R	30 (75)	46 (51.1)	2.87	1.25 - 6.55	0.012**
ต่ำกว่า 3.00	10 (25)	44 (48.9)			
สถานภาพสมรสของพ่อแม่					
อยู่กับบิดาและมารดา ^R	23 (57.5)	54 (60)	0.90	0.42 - 1.92	0.789
ไม่ได้อยู่กับบิดาและมารดา	17 (43.5)	36 (40)			
การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว					
ไม่มี ^R	31 (34.4)	16 (40)	1.26	0.58 - 2.73	1.269
มี	24 (65.6)	59 (60)			



การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท

ไม่มี ^R	21 (52.5)	9 (10)	9.94	3.93 - 25.13	0.000**
มี	19 (47.5)	81 (90)			

การเข้าถึงแหล่งซื้อขายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ยาก ^R	10 (25)	35 (38.9)	0.52	0.22 - 1.20	0.128
ง่าย	30 (75)	55 (61.1)			

การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

น้อย ^R	27 (67.5)	42 (46.7)	2.37	1.08 - 5.18	0.030**
มาก	13 (32.5)	48 (53.3)			

ความเครียด

เครียดน้อย ^R	21 (52.5)	55 (61.1)	0.70	0.33 - 1.49	0.359
เครียดปานกลางถึงมาก	19 (47.5)	35 (38.9)			

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตัวเอง

มาก ^R	26 (65)	49 (54.4)	1.55	0.71 - 3.35	0.262
น้อย	14 (35)	41 (45.6)			

มีนัยสำคัญทางสถิติ **p < 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 3.53 เท่าของเพศชาย (95% CI = 1.61-7.72), เกรดเฉลี่ย โดยกลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 2.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ย 3.00 – 4.00 (95% CI = 1.25 – 6.55), มีการดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท โดยกลุ่มที่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 9.94 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์ (95% CI = 3.93-25.13), การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มที่มีการเข้าถึงสื่อ

เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 2.37 เท่าของกลุ่มที่มีการเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อย (95% CI = 1.08 – 5.18) ปัจจัยที่มีไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ สถานภาพสมรสของพ่อแม่, การดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครอบครัว, การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ความเครียด, ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตัวเอง

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัด



ขอนแก่น พบว่า จากประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งหมด 194 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนนักเรียน 130 คน พบว่ามีนักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 90 คน ความชุกในการดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 69.2 ซึ่งเพศหญิงดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 65.6 มากกว่าเพศชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 34.4

พฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าดื่มครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 14.84 ± 1.20 ปี เหตุจูงใจในการดื่มครั้งแรกคือ ทดลองดื่ม ร้อยละ 43.3, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทที่นิยมดื่มมากที่สุดคือ เบียร์ ร้อยละ 46.7 รองมาคือ สุรา/เหล้า ร้อยละ 35.6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ได้แก่

1. เพศ โดยเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 3.53 เท่าของเพศชาย ($p\text{-value} < 0.001$)

2. เกรดเฉลี่ย โดยกลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 2.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ย 3.00 – 4.00 ($p\text{-value} < 0.05$)

3. การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท โดยกลุ่มที่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 9.94 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์ ($p\text{-value} < 0.001$)

4. การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยที่มีการเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 2.37 เท่าของกลุ่มที่มีการเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อย ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพนมพร หอสิริ⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ได้แก่ เพศชาย และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนิษฐา สมัย⁽¹⁵⁾ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันสูงกว่าเพศหญิงถึง 3.49 เท่า ซึ่งในการศึกษาก็พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น โดยเฉพาะสื่อทางออนไลน์ที่พบมากที่สุด ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่จะพิจารณาในการทำนายพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นต่อไปในอนาคตได้ โดยมุ่งเน้นการลดการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากงานวิจัยของ มณฑนา มณีโชติ⁽¹⁶⁾ พบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อไปเที่ยวสถานเริงรมย์เป็นประจำ ถึงแม้จะมีการควบคุมห้ามไม่ให้วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เข้า แต่ก็มีการละเมิดให้วัยรุ่นเข้าไปเที่ยวได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่นอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เกรดเฉลี่ยมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตติยา ทอนพลกรัง⁽¹⁷⁾, การดื่มแอลกอฮอล์ของเพื่อนสนิท การศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเสี่ยงต่อการดื่มแอลกอฮอล์เป็น 9.94 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยสันติสิทธิ์ เขียวเงินผล⁽¹⁸⁾, การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก ซึ่งในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางออนไลน์มากที่สุด คือ ร้อยละ 60 สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรภา แก้วเขียว⁽¹⁹⁾ พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับพฤติกรรม การดื่มสุรา ใน นักศึกษามหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าปัจจุบันนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังเรียนรู้ เป็นวัยที่กำลังห่างจากวัยเด็กและมีอิสระและสามารถรับรู้สื่อต่างๆมีความต้องการการเข้าถึง สื่อออนไลน์หรือวัตถุที่ตอบสนองทางเทคโนโลยีมากขึ้น⁽²⁰⁾

การประยุกต์นำผลการศึกษาไปใช้ในเข้ากับพื้นที่และบริบทที่หลากหลายต่อไป อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [Internet]. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization; 1970 [cited 2021 Nov 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานการผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2560. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>

ก็ตาม จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 69.2 ซึ่งนับว่าสูง การป้องกันมิให้นักเรียนหรือวัยรุ่นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงควรให้ความสำคัญในการควบคุมปัจจัยดังกล่าว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการรณรงค์ลดการดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียนและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะสามารถลดการดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้อำนวยการโรงเรียนระดับมัธยม อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสูง รวมทั้งเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลทำวิจัย



3. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=123>
4. พัทรินทร์ อติสรณกุล. การศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคติดสุราหรือผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1):268-78.
5. สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.
6. รัตติยา บัวสอน, เชษฐา รัชดาพรธนาธิกุล. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2555;18(2):259-71.
7. คุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ‘สุรากับวัยรุ่น’ ถอดบทเรียนแนวทางการดูแล-ป้องกันพฤติกรรมการดื่มของเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. Alcohol Rhythm; 2020 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก : <https://alcoholrhythm.com/teenager-alcoholic-prevention/>
8. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley; 1990.
9. สุรเมศวร์ สาขิม, รัตนา เลิศสุวรรณศรี, รมิดา ศรีเหรา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย จังหวัดปทุมธานี. Thai Journal of Science and Technology. 2017;6(1):1-10.
10. อัญชลี เหมชะญาติ, ศรีวรรณ ยอดนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. 2555;8(1):115-28.
11. Pimathai C, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors Related to Hazardous Drinking Among Male Vocational Students in Sisaket Province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2021 Sep 2;14(1):170-84.
12. อรวรรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3):177.
13. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Confirmatory factor analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale: A study of Thai student sample. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011;56(1):59-70.
14. Hosiri T, Sittisun C, Limsricharoen K. Drinking Behavior and Its Prevalence in Grade 10th Students. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2016 Mar 18;61(1):3-14.
15. Samai T, Jewpattanakul Y, Phetphansee S. The Relationships between Personal, Socioeconomic and Stress Factors on Alcohol Drinking Behavior of Dwellers in Bangkoknoi District, Bangkok. Nursing Science Journal of Thailand. 2015 Mar 31;33(1):42-50.



16. รัตติยา ทอนพลกรัง, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของนักเรียนชายอาชีวศึกษาในจังหวัดสุรินทร์. *Journal of Public Health Nursing*. 2015;29(1):29-42.
17. มัณฑนา มณีโชติ, กาญจนานัฐ ทองเมืองธัญเทพ, ณัฐนันท์ คำอุไร. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหญิงในโรงเรียนเทศบาลเมืองสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2561;11(3):460-66.
18. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน, วิทยา อยู่สุข, วิศิษฐ์ ทองคำ. ปัจจัยทำนายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา. *Journal of Science & Technology MSU*. 2019;38(2):158-67.
19. Kaewkiaw J, Sethabouppha H, Thapinta D. Online Social Media Use and Alcohol Drinking Behaviors Among University Students. *Nursing Journal*. 2020 Sep 18;47(3):215-27.
20. นัชชา ยันติ, กริช เรืองไชย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดสารทโพนในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ใน พระบรมราชูปถัมภ์จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 2561;11(3):324-30.



การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

Development Practice Guideline of Hypertension Patients for Chronic Kidney Disease Prevention in a Community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province

Received: August 16, 2021

Revised: October 05, 2021

Accepted: October 06, 2021

มณฑริกา พงษ์บุตดี¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์²

Muntharika Pangbuddee¹, Wilawan Chomniratt²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัยระยะศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ท้วม-อ้วน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ การให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพไม่มีแนวทางเฉพาะ ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องประชุมระดมสมองร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ พบว่า ได้แนวทางการให้บริการในคลินิกและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันและเชื่อมโยงชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ทำให้ค่าการทำงานของไตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, การป้องกันโรคไตเรื้อรัง

¹ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.



Abstract

This collaborative action research aims to analyze the situations and development practice guideline of hypertension patients for chronic kidney disease prevention in a community in Nongdaeng Subdistrict, Si Chomphu District, Khon Kaen Province using the conceptual framework of the Expanded Chronic Care Model. Key informants, totally 48 persons, were purposively selected including hypertensive patients with uncomplicated renal conditions, caregivers and stakeholders. The data were collected through an interview, focus group discussion and observation. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics. While content analysis was used for the qualitative data. This research was performed during August 2020 - April 2021.

The results of the situational study revealed that most of the patients had a BMI considered to be chubby-obese, inappropriate health behaviors as well as regularly consumed high-sodium foods. The specific guideline was not found in the community health care. Also, the individuals in the community were not found participative in the patient care. Later, the participating stakeholders involved in a brainstorming session to create the development practice guideline of hypertensive patients for chronic kidney disease prevention in a community. The evaluation results showed that obtaining clear clinical services and follow-up home visits, up-to-date database connecting a community and family and community-based participation in the care of hypertensive patients could improve self-care and management in normal blood pressure control as seen in 3 (17.65%) kidney disease patients with increased glomerular filtration and 14 (82.85%) kidney disease patients with reduced glomerular filtration.

Key words: Development Practice Guideline of Hypertension patients, Chronic kidney disease prevention

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและระดับโลก ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต สถานการณ์ทั่วโลกพบโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุมากกว่า 25 ปี ประมาณหนึ่งพันล้านคน เสียชีวิตปีละ 9.4 ล้านคน⁽¹⁾ คาดการณ์ว่าอัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี 2568 โดย 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา⁽²⁾ ประเทศไทยพบ

อุบัติการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ 2559-2561 คือ 1,189.84, 1,348.52 และ 1,371.26 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽³⁾ และถ้าหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้



เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไตเร็วขึ้น⁽⁴⁾ และจากผลการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย Thai SEEK เป็นระยะเวลาการติดตามที่ประมาณ 8 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 28 โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1 และความผิดปกติของไตส่วนใหญ่คือ การรั่วของโปรตีนอัลบูมิน สาเหตุหลักครึ่งหนึ่งของโรคไตเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคไต เกิดจากความดันโลหิตสูง⁽⁵⁾ แนวทางการควบคุมป้องกันโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การลดปัจจัยเสี่ยงและการค้นหาผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะแรก⁽⁶⁾ จึงถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนที่ต้องให้การสนับสนุนหรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และคอยกระตุ้นผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม จะช่วยลดความก้าวหน้าและคงไว้ซึ่งการทำงานของไตที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพ^(7,8)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย (Expanded Chronic care model) ที่พัฒนาโดย Barr et al⁽⁹⁾ พบว่าเป็นแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ และมีความต่อเนื่อง โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ มีเป้าประสงค์ของการจัดการดูแลที่ไม่ใช่เฉพาะการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกันออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมใน

การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงต้องให้ความสนใจกับทุนทางสังคมในชุมชน การประเมินความต้องการของชุมชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างหรือออกแบบนโยบายสาธารณะ ผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับพื้นที่ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากความต้องการและแรงผลักดันของสมาชิกในชุมชน มีความเข้าใจลักษณะพื้นฐานที่เป็นบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ วิถีชีวิต และทุนทางสังคมของชุมชนตนเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารชุมชน และเป็นเจ้าของร่วมกันในการออกแบบแนวทางและกิจกรรม เพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อัตราการครองชีพอยู่ในภาวะปกติ จึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เนื่องจากหากเกิดการเสื่อมของไตเข้าสู่ระยะที่ 3 แล้วเป็นเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะฟื้นฟูสมรรถภาพไตให้กลับมาอยู่ในระยะที่ 2 และระยะที่ 1 ได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาร่วมกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาหรือความต้องการ การวางแผนดำเนินการ การปฏิบัติตามแผน การสะท้อนคิดและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น และเกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพอันเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมให้บริการสุขภาพและชุมชน ร่วมกันทุกกระบวนการ เกิดเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนสามารถเชื่อมโยง



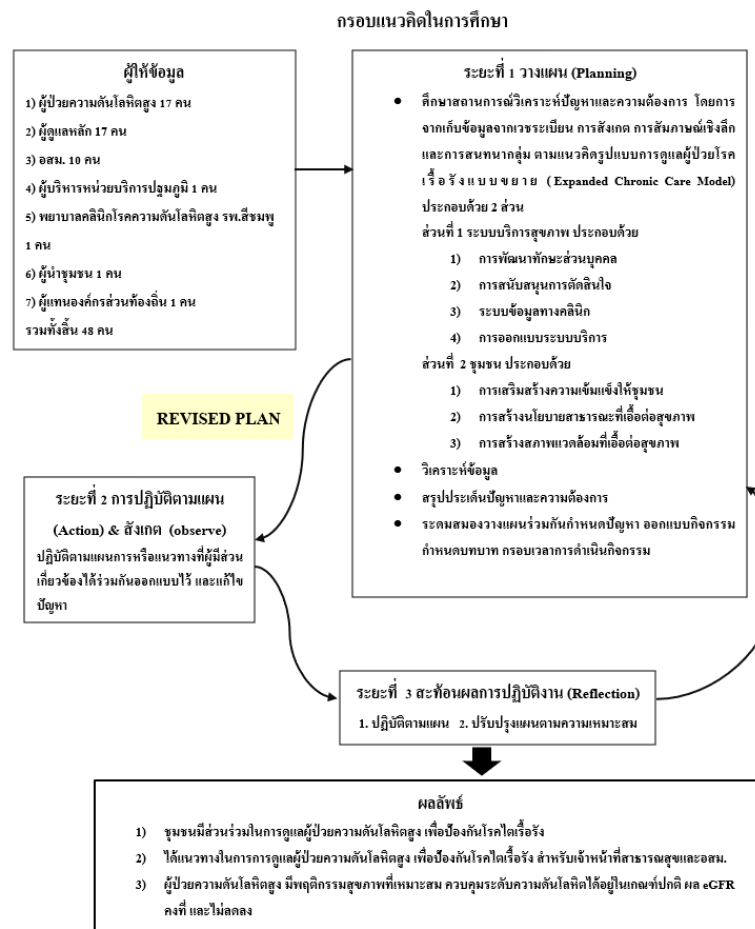
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลลัพธ์ในการควบคุม
ป้องกันโรคไคเรื้อรังในชุมชนให้ลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการดูแล
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรค
ไคเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง
อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังแบบขยาย เพื่อป้องกันโรคไคเรื้อรัง
ในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู
จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาใช้กรอบแนวคิดตามแนวคิด
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย
(Expanded Chronic Care Model) ที่พัฒนาโดย Barr
et al⁽⁹⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์
ข้อมูล สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการ
ประชุมระดมสมองวางแผนร่วมกันกำหนดปัญหา
ออกแบบแนวทางหรือกิจกรรม ใช้วิจัยเชิง
ปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc
Taggart⁽¹⁰⁾ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการใน
การพัฒนา (ภาพที่ 1) และมีการดำเนินการระหว่าง
เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึง เมษายน พ.ศ. 2564



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual Collaboration Approach) กระบวนการศึกษาเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมประชุมระดมสมอง เพื่อวางแผนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยมีบทบาทกระตุ้นให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักในปัญหาาร่วมกัน ร่วมกันคิดวิเคราะห์ กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าหรือเท่ากับ $90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาศัยหรือปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่วิจัย และยินดีให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และการวางแผน จำนวน 48 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 17 คน ผู้ดูแลหลัก

จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสีชมพู จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน ในส่วนของระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนและสังเกตการณ์ และระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน จำนวน 47 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 17 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ทอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 6 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลหลัก
4. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสีชมพู
5. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



6. แนวคำถามการสนทนากลุ่มอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และ
ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงทางด้านเนื้อหา (content validity) เฉพาะเครื่องมือที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .92 และหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .828 และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลผู้ให้บริการสุขภาพ และแนวคำถามการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นข้อคำถามเชิงคุณภาพ จึงมีการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของข้อคำถามภายหลังได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นเมื่อผู้วิจัยได้นำไปใช้จริงก็มีการปรับตามความเหมาะสมแต่ละบุคคลอีกครั้ง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการเลขที่ HE 632091 รับรอง ณ วันที่ 5 พฤษภาคม 2563

การดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วางแผนถือการศึกษาสถานการณ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ สรุปประเด็นปัญหา และประชุมระดมสมองร่วมกันออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมการดำเนินงาน ดังนี้ 1) แนวทางการจัดประชาคมร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน 2) แนวทางการพัฒนาบริการในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง 3) แนวทางการเสริมสร้างความรู้ และการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4) แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน 5) แนวทางการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่ชุมชน และ 6) แนวทางการเสริมสร้างความรู้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ซึ่งมีการดำเนินการระหว่าง เดือน สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผน และสังเกตการณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันปฏิบัติตาม



แผนการดำเนินงาน โดยมีการปฏิบัติตามแผน
บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตนเอง

ระยะที่ 3 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน คือ
การประเมินผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาบรรลุตาม
วัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนการปฏิบัติ ดังนี้
1) แนวทางการจัดประชาคมร่วมกันกำหนดนโยบาย
สาธารณะ สะท้อนผลพบประเด็นคือ ร้านค้าขายของ
ชำที่เข้าร่วมโครงการ ต้องการป้ายสื่อให้ความรู้เรื่อง
ประเภทของยาแต่ละชนิด และยาสามัญประจำบ้าน
ที่จำหน่ายได้ เพื่อใช้เป็นสื่อประชาสัมพันธ์ใน
ร้านค้าแก่คนในชุมชน 2) แนวทางการพัฒนาบริการ
ในคลินิกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของรพ.สต.บ้าน
โพธิ์ทอง ปรับระบบบริการโดยจัดแยกกลุ่มผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานให้บริการคน
ละวัน จัดระบบนัดเป็นรายหมู่บ้าน สะท้อนผลพบ
ประเด็นคือ ผู้ป่วยต้องการให้จัดบริการแบบการ
บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (one stop service) ปรับ
ขั้นตอนบริการ 3) แนวทางการเสริมสร้างความรู้
และการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย โดยการให้ความรู้
เป็นรายกลุ่มทุกครั้งที่มาใช้บริการในคลินิกความ
ดันโลหิตสูง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
ผู้ป่วยด้วยกันเอง แบ่งปันประสบการณ์ในการ
ดูแลตนเองช่วยให้คำแนะนำ หรือซักเตือนพร้อมให้
กำลังใจเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง 4) แนวทางติดตาม
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มี
แผนงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและเกณฑ์ในการ
ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สะท้อนผลพบประเด็นคือ
การกำหนดจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุก
รายมีความถี่ทุกสองเดือน จึงได้ปรับแนวทางและ

แผนการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติม 5) แนวทางการส่งต่อ
ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่
ชุมชน และ 6) แนวทางการเสริมสร้างความรู้การ
ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแล
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำ
ชุมชน พบว่าผู้เข้าอบรมมีความวิตกกังวลและไม่
เข้าใจในการคำนวณปริมาณโซเดียม ได้มีการปรับ
แผนการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ
โดยการปฏิบัติตามแผนและการสะท้อนผลการ
ปฏิบัติงานระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง
มีนาคม พ.ศ. 2564 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และการ
ประเมินผลลัพธ์ด้านการบริการของรพ.สต.บ้าน
โพธิ์ทอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลัง
การดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนา ในสัปดาห์ที่ 1
เดือน เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งเป็น

1) สถานการณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน
พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 70.60 มีความรู้ไม่เพียงพอต่อ
การจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อ
ป้องกันการเสื่อมของไต ผู้ดูแล อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ร้อยละ
67.85 ไม่ทราบสถานการณ์แนวโน้มการเกิดโรค
ไตเรื้อรังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชุมชนไม่พบ
การจัดทำแผนงานโครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
รพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง ไม่มีแผนและแนวทางในการ
ติดตามเยี่ยมบ้าน และฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่มีการ
เชื่อมสู่ชุมชน



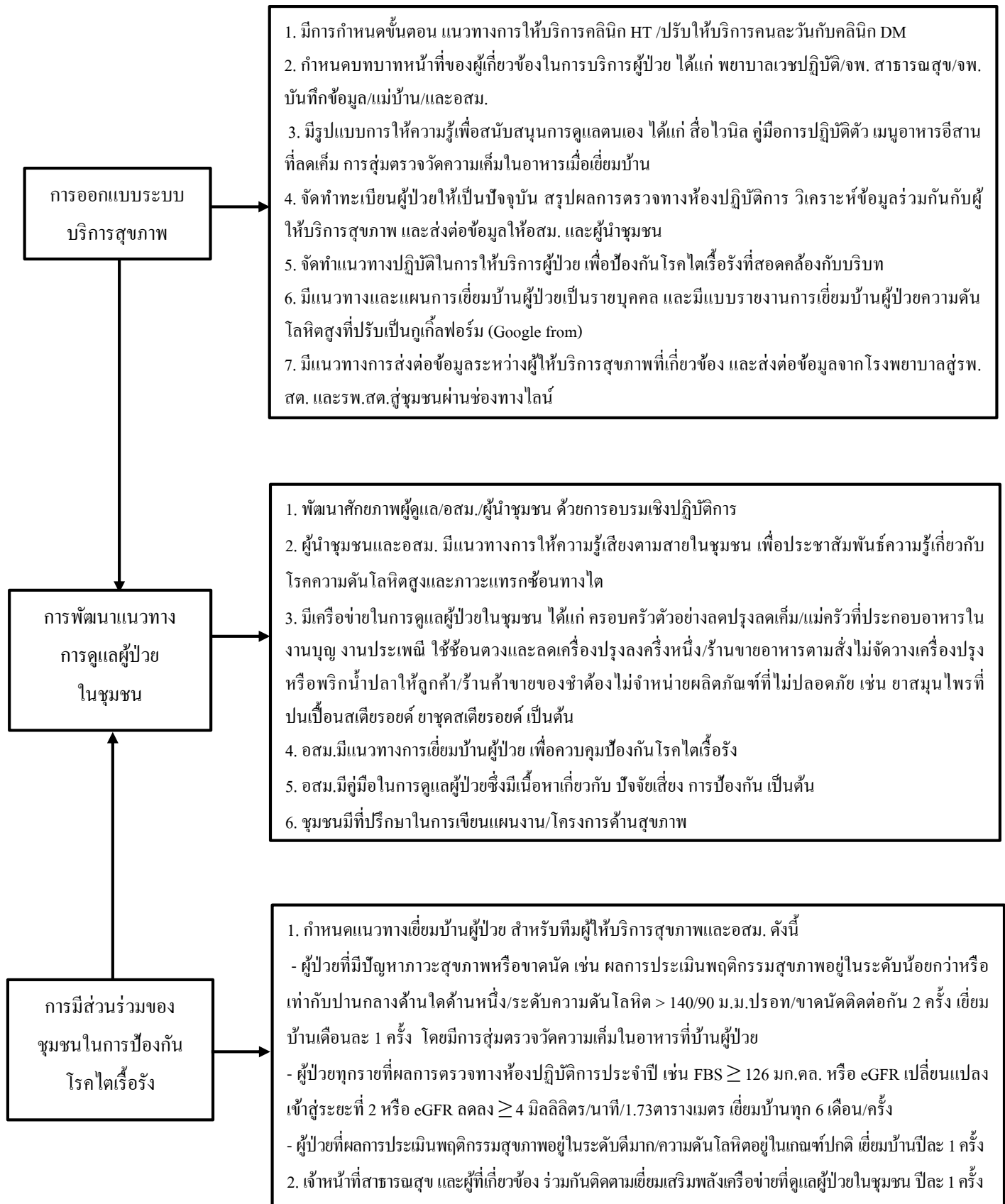
2) ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 82.40 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน ร้อยละ 52.95 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 41.20 ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 7 คน ร้อยละ 41.20 ระดับความดันโลหิตได้มากกว่า 140/80 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน ร้อยละ 29.40

3) พฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและเผ็ดจัด ใส่น้ำปลา ร้า ใส่น้ำปลา และใส่ผงชูรสหรือซุ๊ปก่อนในการปรุงอาหาร จำนวน 12 คน ร้อยละ 70.60 มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาพบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร (ยาน้ำ กษัยเส้นและยาสมุนไพรเม็ดเคี้ยวชูลงเช้า) จำนวน 4 คน ร้อยละ 23.50 และใช้ยาชุดสเตียรอยด์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 5.90 และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.88$, $S.D = .084$) (ตารางที่ 1)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้ร่วมกันออกแบบแนวทาง โดยได้ร่วมกันดำเนินการพัฒนา 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชุมชนในการดูแลผู้ป่วย 2) การร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะ ข้อตกลงในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคไตเรื้อรัง 3) การออกแบบระบบบริการ 4) การสนับสนุนการตัดสินใจโดยการจัดทำแนวทางและการวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเชื่อมสู่ชุมชน และ 6) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไตเรื้อรัง ($N = 17$)

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($N = 17$)					
	ก่อน			หลัง		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
1.ด้านการรับประทานอาหาร	3.41	.756	ดีมาก	3.81	.269	ดีมาก
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.88	.084	ปานกลาง	4.00	.000	ดีมาก
3.ด้านการจัดการกับความเครียด	3.67	.205	ดีมาก	3.99	.325	ดีมาก
4.ด้านการรับประทานยา	4.24	1.147	ดีมากที่สุด	4.29	1.159	ดีมากที่สุด
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.55	.564	ดีมาก	4.02	.501	ดีมาก



ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ของรพ.สต.บ้านโพธิ์ทอง



ผลลัพธ์ด้านการบริการของหน่วยบริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังการดำเนินงานตามแนวทางที่พัฒนา พบว่ามีแนวทางในการให้บริการที่ชัดเจนและให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพ

โดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.02$, $SD = .501$) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการประเมินอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยผู้ป่วยมีผลอัตราการกรองของไตคงที่อยู่ในระยะที่ 1 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันไตเรื้อรัง ($N = 17$)

ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ $90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$	17	100	11	64.70

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยาย เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น การศึกษาครั้งนี้ บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในตำบลหนองแดง โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบขยายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ ภายหลังจากพัฒนา พบว่า หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางให้บริการที่ชัดเจน และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับ

ดีมาก ($M = 4.02$, $SD = .501$) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อยู่ในเกณฑ์ปกติและคงที่ ผลการประเมินอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 และลดลงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตลดลงไม่เกิน $4 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ และคงที่ในระยะที่ 1 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จิรา วาจามัน⁽¹¹⁾ ที่อธิบายว่า การพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 4) การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้าน และ 5) การ



ให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ร้อยละ 50.00 ผู้ดูแลหลักลดการใช้เครื่องปรุงในการปรุงอาหาร ร้อยละ 35.70 ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ร้อยละ 21.40 ระดับน้ำตาลสะสมดีขึ้น ร้อยละ 28.60 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร้อยละ 64.20 อัตราการครองชีพของไตที่ร้อยละ 85.70 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยรัตน์ กันหาชิน⁽¹²⁾ ที่อธิบายว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนประกอบด้วย 1) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล จัดอบรมเชิงปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) ปรับการให้บริการคลินิกเบาหวานผู้ป่วยเบาหวาน 3) พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วย 4) จัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง 21 ราย ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางในการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Hypertension League. Hypertension is a global epidemic [Internet]. South Carolina. UpToDate; 2017. [cited 2019 April 25]. Available from: <http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนในครั้งนี้ สามารถเกิดผลลัพธ์ ในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ โดยควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้



2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. WHO Report. Geneva: WHO; 2018.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
4. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในโรคไตวายเรื้อรัง. ว. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2562]; 22: 36-47. เข้าถึงได้จาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/data/2558/2558-05/no.5_04.pdf
5. อติพร อิงค์สาธิต, และคณะ. การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK Progression and outcomes of CKD in Thai SEEK Population [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2562], เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4768/hs2353.pdf>
6. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
7. จิตนธิ ริชชี, สุภาภรณ์ จอคำอาจ, พิรณัฐ ลาเซอร์. การพัฒนาแผนการดูแลเพื่อควบคุมโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ว. พยาบาลทหารบก 2561;19:230-38.
8. อัมพรพรรณ ชีรานุกร, และคณะ. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมแพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564], เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5262/hs2596.pdf>
9. Barr et al. The Expanded Chronic Care Model: an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2002;7:73-82.
10. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory Action Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), Strategies of Qualitative Inquiry (3ed). Thousand Oaks, CA: Sage; 2007: 271-326.
11. จันทร์จิรา วาจามั่น. การพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1-2 ของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.



12. หทัยรัตน์ กันหาจีน. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบล
แห่งหนึ่ง อำเภอบึงลือราษฎร์ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.



ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP AFFECTS MOTIVATION OF DISTRICT HEALTH BROAD BUNGKAN PROVINCE

Received: September 10, 2021

Revised: November 08, 2021

Accepted: November 12, 2021

สุรพงษ์ ลักขวูธ¹

Surapong Luxsawooth¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย ผู้แทนจากภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่าเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและแรงจูงใจในการทำงาน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 และแรงจูงใจในการทำงานมีระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงโดยรวมกับแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง, แรงจูงใจ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

¹ Medical Physician, Senior Professional Level Buengkan Provincial Public Health Office



Abstract

This research aims to study the relationship of transformational leadership and motivation of the District Health Broad Buengkan Province. The research methodology is quantitative by survey research. The samples were 180 representatives of the District Health Broad from the government sector, the private sector, and the people sector by sample random sampling. The research instrument included transformation leadership and motivation questionnaire. Reliability in Alpha Coefficient were 0.95. The data were analyzed by using a computer program to find the frequency, percentage, mean, standard deviation. And Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Result: The transformational leadership had a high level of opinion as a whole was 3.81. The motivation was high level of opinion was 3.88. The transformational leadership and motivation as a whole were statistically significantly positive at the 0.05 level

Keyword: Transformational leadership, Motivation, District Health Broad

บทนำ

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดสิทธิและหน้าที่ของรัฐ และประชาชนตามมาตรา 55 ไว้ว่า รัฐต้อง ดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพ และการ ป้องกันโรค และตามมาตรา 56 รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุข ปุ่กค ขึ้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการ ดำรงชีวิตของประชาชน อย่างทั่วถึง และมาตรา 58 การดำเนินการใดของรัฐ หรือที่รัฐ จะอนุญาตให้ ผู้ดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจ มีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพ สิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วน ใดส่วนเล็ยสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชน หรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงรัฐต้อง ดำเนินการ ให้ มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน⁽¹⁰⁾

การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นการส่งเสริมและ สนับสนุนให้บุคคลในสังคมมีชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสุข ความสมบูรณ์ และมีการกินดีอยู่ดี ซึ่งปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้รับการกำหนดให้เป็น เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ รัฐบาลไทย เห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชน โดยมีแนวความคิด “คนไทย ใส่ใจ ดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความ เลื่อมล้ำ จึงได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า ด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศ ณ วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2561 เพื่อให้เกิด การขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมี ประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นศูนย์กลางเสริมสร้างความเป็นผู้นำ และเจ้าของ ร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นใน



พื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน หลักการสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยอาศัยแนวคิด 3 ประเด็น คือ 1. แนวคิดภาวะการนำร่วม (Collective leadership) ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการทำให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่างๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมาย “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน คนไทยใส่ใจดูแลกัน ” 2. แนวคิดการบูรณาการ (Integration) เป็นการเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวบนพื้นฐานของการลดช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตขององค์กรประกอบ และภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่ภายในอำเภอได้ 3. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรมและการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผนการ ควบคุมกำกับ และการประเมินผล⁽¹¹⁾ ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อการบริหารงาน โดยมีผลต่อการปฏิบัติงานและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ การที่จะบริหารงานให้ประสบความสำเร็จได้นั้นหากไม่มุ่งพัฒนาคนและพัฒนาภาวะผู้นำแม้จะมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากเพียงใด องค์กรก็ไมอาจที่จะเติบโตก้าวหน้าได้⁽⁷⁾ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการที่ผู้นำมีอิทธิพลต่อผู้ร่วมงานและผู้ตามโดยเปลี่ยนแปลงความพยายามของผู้ร่วมงานและผู้ตามให้สูงขึ้นกว่าความพยายามที่คาดหวัง พัฒนาความสามารถของ

ผู้ร่วมงานและผู้ตามไปสู่ระดับที่สูงขึ้นและมีศักยภาพมากขึ้นทำให้เกิดการตระหนักรู้ในการกิจและวิสัยทัศน์ของทีมและองค์กร จูงใจให้ผู้ร่วมงานและผู้ตามมองไกลกว่าความสนใจของพวกเขาไปสู่ประโยชน์ขององค์กรหรือสังคม (Bass and Avolio) อ้างถึง อรุณรุ่ง เอื้ออารีสุขสกุล และธีระวัฒน์ จันทิก, 2559⁽¹⁴⁾ และจากการศึกษาของไพศาล ไกรรัตน์, 2561⁽⁶⁾ พบว่าภาวะผู้นำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงมากที่สุดต่อการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นรูปแบบของภาวะผู้นำที่ผสมผสานระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformation Leadership) ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership) และภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transaction Leadership) ส่วนการมีส่วนร่วม พบว่าควรสนับสนุนให้มีส่วนร่วมตั้งแต่ การวางแผน, การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ, การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการใช้และได้รับประโยชน์ร่วมกัน และสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของบุคคลจะมีมากน้อยเท่าใดคือแรงจูงใจในการทำงาน บุคคลถ้ามีแรงจูงใจในการทำงานสูง มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน และต่อเนื่อง จะมีผลปฏิบัติงานที่ดีมีประสิทธิผล ทำให้องค์กรมีความก้าวหน้า สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2545⁽⁹⁾

จากที่กล่าวมาแล้วคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดบริการด้านสาธารณะแก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน พชอ. จังหวัดบึงกาฬ



คือ การมีผู้นำที่ดี มีเครือข่ายทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขที่ร่วมกันทำงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีความจริงใจให้กัน ต้องกล้าเปิดเผยข้อมูลที่จะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง การแบ่งปันทรัพยากร ทั้งคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ร่วมกัน การสร้างการมีส่วนร่วมทั้งในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจในการทำงานที่จะเป็นขวัญและกำลังใจให้ พชอ. จะขับเคลื่อนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ น้ำฝน มีนิล และไพศาล ไกรรัตน์, 2563⁽⁵⁾ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาจังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนากระบวนการทำงานตามหลัก UCCARE อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง แม้จะพยายามพัฒนาภาวะผู้นำทั้งในระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัด แต่ก็ยังขาดความเข้มแข็งในการดำเนินงานประกอบกับแม้จะสร้างแรงจูงใจในการขับเคลื่อนการทำงาน พชอ. เช่น การสนับสนุนด้านงบประมาณ และทางด้านการแต่ก็มีข้อจำกัดหลายๆ ประการที่ทำให้การทำงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ เช่น การเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ การจัดหาทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการปัญหาของพื้นที่ ซึ่งยังไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จได้อย่างชัดเจนและยังไม่มีประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางในการขับเคลื่อน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. จังหวัดบึงกาฬ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงว่าปัจจัยภาวะ

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงใดบ้างที่ทำให้เกิดแรงจูงใจเพิ่มขึ้นและให้การขับเคลื่อนการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 325 คน ประกอบด้วย

1. คณะกรรมการตรวจติดตามการดำเนินงาน พชอ. ระดับจังหวัด
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนหน่วยงาน



ของรัฐในอำเภอ ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ
ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ และเครือข่ายใน
ระดับตำบล

3. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

โดยการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
กรณีทราบจำนวนประชากร ใช้สูตรของ
Taro Yamane, 1973⁽¹⁶⁾ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนตัวอย่าง (n)} &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\ &= \frac{325}{1 + 325(.05)^2} \\ &= 179.55 \approx 180 \text{ ตัวอย่าง} \end{aligned}$$

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะ
เจาะจง (specific sampling) โดยแต่ละอำเภอ
ประกอบด้วย นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ
ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทน
ภาคประชาชน และเครือข่ายในระดับตำบล
จำนวน 21 คน และหน่วยงานในระดับจังหวัด
ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศึกษาธิการ
จังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิ
รวมจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และการ
ทบทวนวรรณกรรม มาสร้างแบบสอบถามภาวะ
ผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการ
ดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 องค์ประกอบของเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

ผู้วิจัยได้กำหนดแบบสอบถาม แบ่ง
ออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะ
ทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ
การศึกษา อาชีพ ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้ จำนวน
7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามความคิดเห็น
เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย
การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์หรือการสร้าง
บารมี การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน การ
กระตุ้นการใช้ปัญญา และการคำนึงถึงความ
แตกต่างระหว่างบุคคล จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามความคิดเห็น
เกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงาน ประกอบด้วย
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความสัมพันธ์กับเพื่อน
ร่วมงาน บรรยากาศในการทำงาน การได้รับการ
ยอมรับ นับถือ ความมั่นคงในงาน และ
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง จำนวน 16 ข้อ

โดยในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 จะเป็น
ข้อคำถามปลายปิด (Closed-ended Questions)
แบบ Likert Scale ซึ่งแบ่งคำตอบออกเป็น 5
ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด



3.41 – 4.20 หมายถึง เห็นด้วยมาก
2.61 – 3.40 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
1.81 – 2.60 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
1.00 – 1.80 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
1.2 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
โดยนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ให้ผู้เชี่ยวชาญ
จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการ
บริหาร จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ
เกี่ยวกับ พชอ. จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการ
สร้างเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน
เพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่าวัด
ได้ตรงกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยให้
คะแนน +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดได้ตรง ให้คะแนน -1
เมื่อแน่ใจว่าวัดได้ไม่ตรง และให้คะแนน 0 เมื่อ
ไม่แน่ใจว่าวัดได้ตรงหรือไม่ จากนั้นนำผลที่ได้
ไปคำนวณหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Item
objective congruence index : IOC) โดยคัดเลือก
ข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าข้อคำถาม
นั้นเป็นตัวแทนลักษณะของกลุ่มพฤติกรรมนั้น
หรือมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่เหมาะสม
และจะนำข้อคำถามดังกล่าวไปสร้างเป็น
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

1.3 นำแบบสอบถามตามข้อ 1.2
ไปทดลองใช้ (try out) กับพื้นที่จังหวัดข้างเคียง
ซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 อำเภอ จำนวน
30 คน

1.4 หาค่าความเชื่อมั่น ของ
แบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา
ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ
แบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.95 แล้ว
ปรับปรุงคัดเลือกข้อคำถามที่มีความเหมาะสม

ตามเกณฑ์ข้างต้น เพื่อจัดทำแบบสอบถามฉบับ
สมบูรณ์ต่อไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จำนวน 8 อำเภอ และคณะกรรมการตรวจ
ติดตามการดำเนินงาน พชอ. ระดับจังหวัด
จำนวน 180 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา
(Descriptive Analysis) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.) โดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด
ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
โดยใช้สถิติเชิงอนุมานหรือสถิติอ้างอิง
(Inferential Statistic) ใน การ วิเคราะห์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
Correlation) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับแรงจูงใจในการ
ทำงาน พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
เพียร์สัน (r) มีหลักเกณฑ์ 5 ระดับในการแปลผล
ดังนี้ Hinkle D.E., 1998⁽¹⁵⁾

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
0.00 - 0.30	ต่ำมาก
0.31 - 0.50	ต่ำ
0.51 - 0.70	ปานกลาง
0.71 - 0.90	สูง
0.91 - 1.00	สูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัย
ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



บึงกาฬ เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 เอกสาร
รับ ร อ ง เลข ที่ BKPH 2021-018 ผู้วิจัยให้
ความสำคัญต่อการปกป้องและคุ้มครองกลุ่ม
ตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดให้กับผู้ตอบ
แบบสอบถามทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วย
หนังสือราชการ การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะพิทักษ์
สิทธิ์และเก็บข้อมูลเป็นความลับ เพื่อใช้ใน
การศึกษาและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตาม
วัตถุประสงค์เท่านั้น จะไม่ส่งผลกระทบต่อ
ผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ข้อมูลใน
แบบสอบถามจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ คุณลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

การวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากร
ได้แก่ ตำแหน่งปัจจุบัน เพศ อายุ สถานภาพ
ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการ
ทำงาน โดยนำเสนอในรูปแบบ ค่าความถี่
(Frequency) ค่ำ ร้อย ละ (Percentage)
คณะกรรมการ พชอ. พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม
ส่วนใหญ่เป็นผู้แทนจากภาครัฐ จำนวน 96 คน
คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาเป็นผู้แทนจาก
ภาคประชาชน จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ
26.67 ผู้แทนจากภาคเอกชน จำนวน 36 คน คิด
เป็น ร้อย ละ 20.00 เพศ พบ ว่า ผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน
116 คน คิดเป็น ร้อยละ 64.40 และเพศหญิง
จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 35.60 อายุ พบว่า
ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า

50 ปี มีจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40
รองลงมามีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ
31.10 และอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็น
ร้อยละ 2.20 ตามลำดับ สถานภาพ พบว่า ผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส
มีจำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 88.90 รองลงมา
มีสถานภาพโสด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ
6.70 สถานภาพหม้าย หย่า แยก จำนวน 8 คน คิด
เป็นร้อยละ 4.40 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ตอบ
แบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่
ในระดับปริญญาตรี จำนวน 128 คน คิดเป็น
ร้อยละ 71.10 รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท
จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ระดับต่ำกว่า
ปริญญาตรี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30
และระดับสูงกว่าปริญญาโท จำนวน 4 คน
คิดเป็นร้อยละ 2.20 ตามลำดับ ประสบการณ์ใน
การทำงาน พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่
มีประสบการณ์ทำงานอยู่ระหว่าง 5-10 ปี
มีจำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมา
มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี จำนวน 76 คน
คิดเป็นร้อยละ 42.30 และประสบการณ์น้อยกว่า
5 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงและแรงจูงใจในการทำงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	$\bar{X}$	SD.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	3.81	0.825	เห็นด้วยมาก
2. ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ	3.63	0.962	เห็นด้วยมาก
3. ด้านการกระตุ้นการแก้ไขปัญหา	3.86	0.747	เห็นด้วยมาก
4. ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	3.94	0.711	เห็นด้วยมาก
ภาพรวม	3.82	0.811	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.82 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล อยู่ในระดับ

มาก มีค่าเท่ากับ 3.94 รองลงมาเป็นด้านการกระตุ้นการแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.86 ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.81 และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.63 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ตัวแปรแรงงูใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

แรงงูใจในการทำงาน	$\bar{X}$	SD.	ระดับความคิดเห็น
1. ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	3.88	0.629	เห็นด้วยมาก
2. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	3.92	0.655	เห็นด้วยมาก
3. ด้านความก้าวหน้าในงาน	3.77	0.701	เห็นด้วยมาก
4. ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	4.00	0.699	เห็นด้วยมาก
5. ด้านความมั่นคงในการทำงาน	3.99	0.671	เห็นด้วยมาก
6. ด้านบรรยากาศในการทำงาน	3.61	0.799	เห็นด้วยมาก
ภาพรวม	3.86	0.692	เห็นด้วยมาก

จากตารางที่ 2 แรงงูใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

(พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ระดับความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.86 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการ



ยอมรับนับถือ อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 4.00
รองลงมาเป็นด้านความมั่นคงในการทำงาน
อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.99 ด้านความสัมพันธ์
กับเพื่อนร่วมงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.92

ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก มีค่า
เท่ากับ 3.88 ด้านความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับ
มาก มีค่าเท่ากับ 3.77 และด้านบรรยากาศในการ
ทำงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเท่ากับ 3.61 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	แรงจูงใจในการทำงาน		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	Sig	ระดับความสัมพันธ์
1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	0.437	0.000*	ระดับต่ำ
2. การสร้างแรงบันดาลใจ	0.273	0.000*	ระดับต่ำมาก
3. การกระตุ้นการใช้ปัญญา	0.587	0.000*	ระดับปานกลาง
4. การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	0.730	0.000*	ระดับสูง
ภาพรวม	0.577	0.000*	ระดับปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ ค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่เกิดจากภาวะผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการ
ปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับ
ปานกลาง มีค่าเท่ากับ 0.577 เมื่อพิจารณาเป็นราย
ด้าน พบว่า ด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่าง
บุคคล อยู่ในในระดับสูง มีค่าเท่ากับ 0.730
รองลงมาเป็นด้านการกระตุ้นการใช้ปัญญา อยู่ใน
ระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 0.587 ด้านการมี
อิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ อยู่ในระดับต่ำ มีค่า
เท่ากับ 0.437 และด้านการสร้างแรงบันดาลใจ
อยู่ในระดับต่ำมาก มีค่าเท่ากับ 0.273 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่
ส่งผลต่อแรงจูงใจในการดำเนินงานคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัด
บึงกาฬ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อภาวะผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า มีระดับความ
คิดเห็น ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ผู้บริหารควร
เล็งเห็นและตระหนักถึงความสำคัญของภาวะผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงทั้งการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์
การสร้างแรงบันดาลใจในการการทำงาน การ
กระตุ้นการใช้ปัญญาและการคำนึงถึงความแตกต่าง
ระหว่างบุคคล ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้ง



มาจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐราชการ ภาคประชาชน และภาคเอกชน มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนด แผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตาม แผนดังกล่าวโดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มี อยู่ในอำเภอ การบริหารภายใต้ความแตกต่างของ วิชาชีพ การคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการเคารพใน สิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้ร่วมงานและใส่ใจ รับฟังถึงความต้องการและเป็นที่ปรึกษาให้กับ ผู้ร่วมงานได้ ส่งเสริมการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการมีความสามารถในการบริหารอารมณ์ ปฏิบัติตนอย่างมีมาตรฐานทางศีลธรรมและ จริยธรรม ได้รับการยอมรับนับถือและความ ไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน คำนึงถึงความต้องการ ของผู้อื่นมากกว่าของตนเอง รวมถึงมีการใช้ข้อมูล สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่โดยให้ทุกคนได้มีส่วน ร่วมในการให้ความคิดเห็นในการแก้ปัญหา ทำให้ ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาว่าเกิด ประโยชน์อย่างไรกับชุมชน ตลอดจนผลดี ผลเสีย ผลกระทบที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่การจงใจให้ทุกคน เข้ามาร่วมดำเนินการได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Kuhnert อ้างถึง นิรดา เวชญาลักษณ์, 2560⁽²⁾ ได้ศึกษาลักษณะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พบว่า ผู้นำจะไม่สนใจต่อความต้องการของตนเองแต่จะ เริ่มเห็นคุณค่าของหมู่คณะและของหน่วยงานซึ่ง เป็น คุณ ค่า หรือ คุณ ธรรม ที่ สูง กว่า จะ สละ ผลประโยชน์ของตนเอง ได้ใจผู้ตาม กระตุ้นให้ ลูกน้องเห็นคุณค่าของควมมีอุดมคติ ศักดิ์ศรี เพื่อ จะได้ไม่ทำงานตามหน้าที่เพียงเพื่อเงินเดือนหรือ ผลตอบแทนใดๆ ไปวันๆ อีกทั้งพยายามเปลี่ยน

ทัศนคติ ความเชื่อของผู้ใต้บังคับบัญชาให้เกิดการ ยอมรับและทำงานจนบรรลุเป้าหมายที่อยากได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวิท ชื่นจิต, 2557⁽¹³⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงและวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลต่อ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทเอกชน รุ่ง เชน เนอเรชั่น วายในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้นำมีการกระตุ้นผู้ตามให้ ตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในหน่วยงานทำ ให้ผู้ตามมีความต้องการและแนะแนวทางใหม่ๆ มาแก้ปัญหาในหน่วยงานเพื่อหาข้อสรุปใหม่ที่ ดีกว่าเดิมเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่และมีความสร้างสรรค์ โดยผู้นำมีการคิดและแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกตุศิริ นทร์ เพชรบูรณ์, 2557⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและวัฒนธรรม องค์กรที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน ของพนักงานระดับปฏิบัติการ : กรณีศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในด้านการสร้างบารมี และด้านการคำนึงถึงปัจเจก บุคคลส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของ พนักงานระดับปฏิบัติการและวัฒนธรรมองค์กรใน ด้านการริเริ่มส่วนบุคคลและด้านระบบการให้ รางวัลขององค์กรส่งผลต่อประสิทธิผลในการ ปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ

สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจใน การทำงานของ พชอ. พบว่า มีระดับความคิดเห็นใน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการ ยอมรับ นับ ถือ ความ มั่น คง ใน การ ทำ งาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ลักษณะงานที่ ปฏิบัติ ความก้าวหน้าในงาน และบรรยากาศในการ



ทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและให้ความสำคัญต่อ พชอ.ที่จะจูงใจให้มีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ตรงกับความรูความสามารถ มีความท้าทายและจูงใจให้อยากปฏิบัติงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนได้เสนอความคิดเห็น แสดงความริเริ่มสร้างสรรค์ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือให้ความร่วมมือในการทำงาน ส่งเสริมให้ พชอ.มีการพัฒนาศักยภาพ เช่น การอบรม การศึกษาดูงาน การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เป็นต้น ตลอดจนการจัดเวทีให้ความชื่นชมและยกย่องชมเชยแก่บุคคลที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานที่เพียงพอและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจให้ พชอ. มีการขับเคลื่อนการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นีออน ลีเคะ และคณะ, 2564⁽⁴⁾ ได้ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน วัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ระดับมาก ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ระดับมาก และยังพบว่า ตัวแปรด้านนโยบายและการบริหารความสำเร็จในการปฏิบัติงาน สภาพการปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีผลและสามารถร่วม

พยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของสรนรินทร์ ศรีสังคม และประจักร บัวผัน, 2564⁽⁸⁾ ได้ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า แรงจูงใจในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านความรับผิดชอบ อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยค่าจูน พบว่า ด้านสถานภาพวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก และยังพบว่าปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค่าจูนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ด้านสถานภาพวิชาชีพ และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีผล และสามารถร่วมพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพบริการของบุคลากรในโรงพยาบาล 5 เมสา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวได้ร้อยละ 59.2 ในส่วนของความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ที่เกิดจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่าการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล มีระดับ



ความสัมพันธ์สูง รองลงมาเป็น การกระตุ้นการใช้ ปัญหา การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ และการ สร้างแรงบันดาลใจ ผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญการที่มี ผู้นำที่ดีมีศักยภาพในการทำงานมีผลทำให้บุคลากร หรือเพื่อนร่วมงานให้การยอมรับ สามารถกระตุ้น หรือจูงใจเพื่อนร่วมงานปฏิบัติงาน หากบุคลากร ได้รับแรงจูงใจที่ดีและเหมาะสมจะช่วยให้ พหอ. ทำงานด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความสุขในการทำงานเกิดความร่วมมือร่วมแรงกันทำงานอย่างสุด ความสามารถ ได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย , 2560⁽¹²⁾ ที่ ได้ศึกษาเกี่ยวกับ บทบาทของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำของ ประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของ พหอ. ภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยด้านการ “ร่วมทำ ร่วมแก้ไข ร่วมประเมินผล” มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนด้าน “ร่วมคิด ร่วมพิจารณา ร่วมเป็นเจ้าของ” และด้าน “ร่วมรับผิดชอบ ร่วมเติมเต็ม” อยู่ในระดับ ปานกลาง ในขณะที่ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านกายและกายภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อยู่ในระดับมาก ส่วนการลดความเหลื่อมล้ำ และการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตด้านความคิดปัญญา และวินัย อยู่ในระดับ ปานกลาง ผลของการปฏิบัติตามบทบาท ต่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำสามารถ ทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญา มาส โจนานนท์, 2557⁽³⁾ ที่ ได้ศึกษาภาวะ

ผู้นำและแรงจูงใจในการทำงาน ที่ส่งผลต่อความคิด สร้างสรรค์ของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท ชิลลิก ฟาร์มา จำกัด ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ ภาวะผู้นำแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อ เดือน สำหรับระดับความคิดสร้างสรรค์แตกต่างกัน ตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยภาวะผู้นำโดยรวมและ แรงจูงใจโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับ ปานกลางกับความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งภาวะผู้นำแบบ ทางสายกลาง ภาวะผู้นำแบบมุ่งคน และภาวะผู้นำ แบบมุ่งงาน แรงจูงใจด้านความสำเร็จของงาน ผลตอบแทน และสวัสดิการ และลักษณะของงาน ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ของพนักงาน ดังนั้น ผู้นำ ควรมี ลักษณะ เน้น ทั้งงาน และ เน้น สัมพันธภาพ ยอมรับฟังความคิดเห็นของพนักงาน ประนีประนอม และให้ขวัญกำลังใจพนักงาน ควร ชื่นชมเมื่อลูกน้องทำงานสำเร็จให้ผลตอบแทนที่ เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้พนักงานมี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ องค์กรมีความก้าวหน้า ยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการการนำผลการวิจัย ไปใช้

1.1 จะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำ การ เปลี่ยนแปลงของ พหอ. ในด้านการสร้างแรง บันดาลใจมีค่าระดับความคิดเห็นน้อยจึงควรมี การพัฒนาให้ พหอ.มีทักษะความสามารถในการ โน้มน้าวจิตใจผู้ร่วมงานรวมถึงการกระตุ้น



ผู้ร่วมงานให้มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ให้ประสบผลสำเร็จ เช่น อาจจะใช้วิธีการอบรม หรือศึกษาดูงาน หรือใช้สิ่งจูงใจ เช่น การยกย่อง เชิดชูเกียรติ หรือรางวัลและผลตอบแทน เป็นต้น

1.2 จะเห็นได้ว่าแรงจูงใจในการทำงาน ของ พชอ. ด้านบรรยากาศในการทำงานมี ค่าระดับความคิดเห็นน้อยจึงควรมีการพัฒนา และสร้างบรรยากาศในการทำงานโดยจัด สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน เช่น มี สำนักงานโดยเฉพาะที่ใช้เป็นสถานที่ทำงาน มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น โต๊ะทำงาน อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องคอมพิวเตอร์ วัสดุ อุปกรณ์สำนักงานที่เพียงพอ ตลอดจนสวัสดิการ ที่ดีที่จะทำให้ พชอ.ปฏิบัติหน้าที่อย่างมีความสุข

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาภาวะผู้นำแบบอื่นๆ ให้ เกิดการเปรียบเทียบว่ารูปแบบภาวะผู้นำแบบใดที่ ทำให้การดำเนินงาน พชอ.มีประสิทธิภาพผลมากที่สุด เช่น ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน ภาวะผู้นำ เชิงกลยุทธ์ หรือแบบผสมผสาน เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม เช่น สมรรถนะของบุคลากร การบูรณาการทำงาน การมีส่วนร่วม และประสิทธิผลของ พชอ.

2.3 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับสำเร็จลงได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือแนะนำของ ดร.นพ.ภมร ธรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ดร.ไพศาล ไกรรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็นในการทำงาน วิจัย มาโดยตลอด ผู้เขียนจึง ขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้เขียน ขอขอบ พระคุณ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้ง 8 อำเภอได้แก่ อำเภอเมืองบึงกาฬ อำเภอนุ่งคล้า อำเภอบึงโขงหลง อำเภอเซกา อำเภอพรเจริญ อำเภอศรีวิไล อำเภอปากคาด และอำเภอโซ่พิสัย ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการตรวจเยี่ยมการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬทุกท่านที่ให้ความสะดวก ด้านอำนวยความสะดวก และประสานงาน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกตุศิรินทร์ เพ็ชรบูรณ์. การศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และวัฒนธรรมองค์การ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ กรณีศึกษาเขตสาทร กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2556.
2. ฉิรดา เวชญาลักษณ์. ภาวะผู้นำทางการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.



3. ชัยญามาต โลจนานนท์. ภาวะผู้นำและแรงจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อความคิดสร้างสรรค์ของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท ชิลลิก ฟาร์มา จำกัด วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2557.
4. นีออน ลีเคะ, ประจักษ์ บัวพันธ์, และมกราพันธุ์ จูฑะรสกา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2564];14(1),13-24. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/issue/view/17511/4567>
5. น้ำฝน มินิล และไพศาล ไกรรัตน์. การขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดบึงกาฬ : ปฐมบทของการเรียนรู้สู่การจัดการที่ยั่งยืน. บึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2563.
6. ไพศาล ไกรรัตน์. ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพต่อการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย [ภาคินพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการพัฒนา คณะวิทยาการจัดการ]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2561.
7. วิโรจน์ สารัตนะ. ภาวะผู้นำ: ทฤษฎีและนันททัศน์ร่วมสมัยปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดทิพย์วิสุทธิ; 2557
8. สรณรินทร์ ศรีสังคม และประจักษ์ บัวพันธ์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล 5 เมธา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2564];14(1), 391-403. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/issue/view/17511/4567>
9. สร้อยตระกูล อรรถมานะ. พฤติกรรมองค์กร : ทฤษฎีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
10. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2560.
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการ สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2561.
12. สมยศ ศรีจารนัย. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 [หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2560.



13. อรรถวิท ชื่นจิตต์. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทเอกชนรุ่นใหม่ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2557.
14. อรุณรุ่ง เอื้ออารีสุขสกุล และธีระวัฒน์ จันทิก. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง: เปลี่ยนความท้าทายมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กรอย่างยั่งยืน. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2559 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 18 กรกฎาคม 2564]; 9(1), 845-860. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/57039/47393>
15. Hinkle, D.E, William, W. and Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York : Houghton Mifflin; 1998.
16. Yamane, Taro. Statistics An introduction Analysis : Harper International; 1973.



แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

The Guidelines on Development of Learning Achievement of Nursing Students in Maternal-Newborn and Midwifery Nursing Practice I, Buriram Rajabhat University

Received: October 05, 2021

Revised: December 22, 2021

Accepted: December 27, 2021

รณชัย ขนบุญ¹, อัครเดช ดีอ้อม²

Ronnachai Khonboon¹, Akaradej Deaom²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนและหาแนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยของ Bloom (1982) ศึกษาในนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จำนวน 31 คน ตอบแบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.87 และค่าความเที่ยง 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Content analysis ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านจิตพิสัยว่ามีผลต่อผลสัมฤทธิ์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านคุณภาพการสอน และด้านทักษะพิสัย มีค่าเฉลี่ย 4.31, 4.29, 4.27 และ 4.18 (SD = 0.65, 0.56, 0.74 และ 0.63) ตามลำดับ 2) แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนประกอบด้วย การพัฒนาความรู้และสติปัญญา สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้เรียน พัฒนาทักษะด้านการเรียน และการปรับปรุงรายวิชาให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวทางการพัฒนา, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์

Abstract

The aims of this mixed method research were to finding student's attitudes toward learning management and guidelines for develop of learning achievement of nursing students in maternal and newborn nursing and midwifery practice I. Conceptual of frame work was Bloom's Taxonomy theory (1982) to apply the data collection instruments. Study in 31 third years nursing student, Buriram Rajabhat University. Collected by questionnaire and focus group with had valid content 0.87 and Cronbach's coefficient 0.82 and analyzed using descriptive statistics and Content analysis. Results of the study 1) The opinions of nursing student approach were at a high agreement level of Affective domain of nursing students in maternal and newborn nursing and midwifery practice 1 in every ranking from the highest to the lowest respectively as follow Cognitive domain, teaching quality domain and Psychomotor domain (Mean = 4.31, 4.29, 4.27 and 4.18) (SD = 0.65, 0.56, 0.74 and 0.63) 2) Guidelines for developing academic achievements included guidelines for the developing learners' knowledge and intelligence, the promote interest and create positive attitudes towards learners, the developing learners' learning skills and the course improvement

Keywords: Development guidelines, Learning achievement, Maternal-Newborn and Midwifery Nursing Practice

^{1,2} อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์



บทนำ

การศึกษาเป็นกลไกที่สำคัญในทรัพยากรมนุษย์ แต่พบว่า ระบบการศึกษาของประเทศไทย ล้มเหลวและตกต่ำลงทุกปี เนื่องด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น งบประมาณในการสนับสนุน การศึกษาไม่เพียงพอ จำนวนนักศึกษาที่มากในแต่ละห้องเรียน คุณภาพผู้สอน และผู้เรียนขาดแรงผลักดันในการเรียน เป็นต้น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ จึงมีนโยบายพัฒนาระบบการบริหารจัดการทางการศึกษา พัฒนาระบบการเรียนการสอน และระบบการวัดผลประเมินผล ให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นในทุกสถานศึกษา ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การศึกษาของประเทศไทยพัฒนาคุณภาพเป็นการศึกษา 4.0 แก้ไขการจัดการเรียนการสอนใหม่ รวมทั้งพัฒนากระบวนการศึกษาเพื่อตอบสนองการสร้างนวัตกรรม จัดการวิชาให้ทันยุคทันสมัย⁽¹⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เป็นสถาบันศึกษาที่เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2559 และได้รับการรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีวิสัยทัศน์เป็นสถาบันผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อชุมชนที่มีคุณภาพ ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จึงมีการดำเนินการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้บัณฑิตที่จบออกไปมีคุณภาพและรับใช้สังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งหลักการสำคัญของกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นั้นคือ การนำแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานการวัดการศึกษาตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติลงสู่การปฏิบัติ

ในสถานศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม มีการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งเป็นมาตรฐานเชิงคุณภาพ เพื่อประกันคุณภาพบัณฑิต รวมทั้งมุ่งให้คุณวุฒิหรือปริญญาของสถาบันที่ได้รับการรับรองนั้น เป็นที่ยอมรับและเทียบเคียงกันได้ ในสถาบันอุดมศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ดังนั้น การประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา จึงมีความสำคัญโดยมุ่งเน้นเพื่อให้ นักศึกษามั่นใจว่าตนเองจะได้รับความรู้และการพัฒนาทักษะที่เป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการประกอบอาชีพ ภายหลังจบการศึกษา สังคมเกิดความพึงพอใจ และความมั่นใจว่าหลักสูตรจะผลิตคนที่มีคุณภาพต่อสังคม⁽²⁾ โดยประเมินตามผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินโดยผู้อำนวยการองค์การยูเนสโก ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ประจำกรุงเทพมหานคร กล่าวว่า การศึกษาในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย ควรปรับปรุงการวัดมาตรฐานการเรียนการสอน สาเหตุที่มาตรฐานและคุณภาพ การศึกษาไม่ตรงตามเป้าหมาย มีหลายปัจจัย ได้แก่ งบประมาณการสนับสนุน ระบบการจัดการศึกษา การขาดส่วนร่วมจากหน่วยงานสนับสนุน หลักสูตรที่เน้นแต่การท่องจำ จำนวนผู้สอนไม่เพียงพอหรือขาดคุณภาพ⁽³⁾



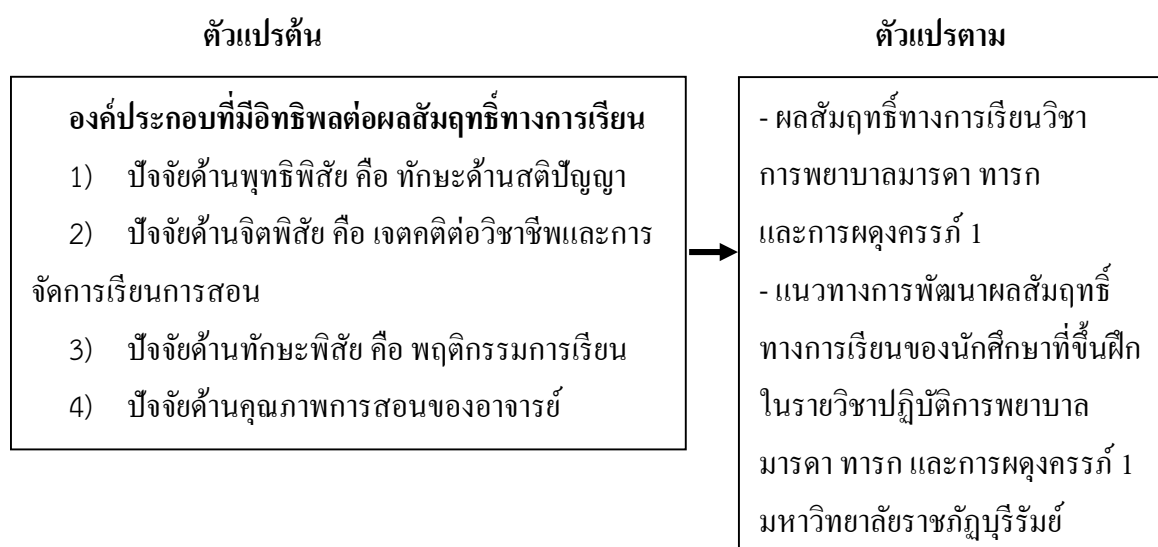
สำหรับภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 นี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ได้เปิดสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 เป็นครั้งแรก สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ดังนั้น เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนในปีถัดไปเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นที่ต้องศึกษาแนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งใหม่ และบริบทของพื้นที่ในชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน รวมทั้งนักศึกษาที่ถูกคัดเลือกผ่านเข้ามาศึกษานั้นใช้กระบวนการรับโดยประเมินแฟ้มสะสมผลงานและเกรดเฉลี่ยรวมไม่ต่ำกว่า 3.00 และในหมวดรายวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ไม่ต่ำกว่า 3.00 ด้วย

เช่นกัน จึงอาจมีความแตกต่างในด้านตัวแปรของบุคคล ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1
2. เพื่อหาแนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ Bloom (1982)⁽⁴⁾ เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ประจำภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ของอาจารย์นิเทศ และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาจารย์นิเทศ จำนวน 6 คน และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ประจำภาคเรียน 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏ

บุรีรัมย์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก รณชัย คนบุญ, กัลยา ปึงประเสริฐ, วันวิสาข์ ศิริวาท และจุฑามาศ นาไชยภูมิ (2563)⁵ ที่สร้างขึ้นตามองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ Bloom เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย ด้านทักษะพิสัย และด้านคุณภาพการสอน รวม 35 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Coefficient) ได้เท่ากับ .86

วิธีการเก็บข้อมูล

1. เมื่อสิ้นสุดการเรียน การสอน ของรายวิชา ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา แล้วให้ออกาสกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่เข้าร่วมการศึกษา

2. แจกแบบสอบถามการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่ขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ โดยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 – 30 นาที

3. ทำ focus group กับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 20 นาที

4. การสัมภาษณ์อาจารย์ผู้ร่วมสอน เป็นเวลา 20 นาที



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายทัศนคติของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้ค่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จำนวน 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.50 เพศชาย ร้อยละ 6.50 อายุเฉลี่ย 21.25 ปี (S.D. = 0.68) นักศึกษาทุกคนพักอาศัยที่หอพัก ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ คิดเป็นร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อเดือน 5,564 บาท (S.D.=1,838) เกรดเฉลี่ยสุดท้ายเมื่อระดับชั้น ม.6 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง (3.01-3.50) คิดเป็นร้อยละ 54.80 รองลงมาคือเกรดเฉลี่ย (3.51-4.00) คิดเป็นร้อยละ 45.20 ส่วนเกรดเฉลี่ยปัจจุบัน ในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง (2.51-3.00) รองลงมาคือ (3.01-3.50) และ (3.51-4.00) คิดเป็นร้อยละ 64.50, 29.00 และ 6.50 ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ สอนภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก

และการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 6 คน เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 42 ปี (S.D.=5.14) อายุงานของประสบการณ์สอนภาคปฏิบัติเฉลี่ย 10.16 ปี (S.D.=5.15)

ผลสัมฤทธิ์ในการจัดการเรียนการสอนพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จำนวน 16 คน ร้อยละ 50.00 ได้เกรด B⁺ รองลงมา จำนวน 7 คน ร้อยละ 21.88 ได้เกรด A ลำดับถัดมา จำนวน 5 คน ร้อยละ 15.63 ได้เกรด B ลำดับถัดมา จำนวน 2 คน ร้อยละ 6.25 ได้เกรด C⁺ และจำนวน 1 คน ร้อยละ 3.12 ได้เกรด C

ผลการประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ความพึงพอใจต่อรายวิชาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD=0.76) และความพึงพอใจต่ออาจารย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD=0.80)

ทัศนคติของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ปัจจัยด้านจิตพิสัยมีผลต่อการเรียนให้เกิดผลสัมฤทธิ์มากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านพุทธิพิสัย ปัจจัยด้านคุณภาพการสอน และปัจจัยด้านทักษะพิสัย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.31, 4.29, 4.27 และ 4.18 (SD = 0.65, 0.56, 0.74 และ 0.63) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะคตินักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 (รายด้าน)

ปัจจัย	Mean	SD	การแปลผล
1. ปัจจัยด้านพุทธิพิสัย	4.29	0.56	มากที่สุด
2. ปัจจัยด้านจิตพิสัย	4.31	0.65	มากที่สุด
3. ปัจจัยด้านทักษะพิสัย	4.18	0.63	มากที่สุด
4. ปัจจัยด้านคุณภาพการสอน	4.27	0.74	มากที่สุด
ภาพรวม	4.27	0.60	มากที่สุด

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำ focus group

คณะผู้วิจัยสรุปข้อมูลการสนทนากลุ่ม focus group โดยนำเสนอตามประเด็น 4 ข้อ ดังนี้

แนวทางในการพัฒนาความรู้และสติปัญญาของผู้เรียนเพื่อให้มีการจดจำที่ดี

1. แนวทางในการพัฒนาความรู้และสติปัญญาโดยนักศึกษา ประกอบด้วย

1) มีการทบทวนบทเรียน/ความรู้ อยู่เสมอด้วยวิธีการ จดบันทึก การทำ mind mapping การสรุปประเด็นสำคัญ

2) มีการจัดสรรเวลา ที่ชัดเจน ได้แก่ การจัดสรรเวลาประจำวัน เวลาสำหรับการพักผ่อน เวลาสำหรับทบทวนเนื้อหาในรายวิชา

3) มีเทคนิคการอ่านหนังสือและการทำข้อสอบตามแต่ละบุคคล

4) การสร้างความตระหนัก ความตั้งใจในการเรียน

2. แนวทางในการพัฒนาความรู้และสติปัญญาให้แก่นักศึกษา โดยอาจารย์นิเทศ

1) เลือกใช้เทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน ได้แก่ การสอดแทรกสถานการณ์ตัวอย่าง

การอธิบายให้เข้าใจแบบง่ายๆ การสาธิตให้นักศึกษาก่อนปฏิบัติจริง

2) มอบหมายงานอย่างเหมาะสม ปริมาณงานไม่มากหรือน้อยจนเกินไป

แนวทางในการส่งเสริมความสนใจและสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้เรียน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1

1. แนวทางในการส่งเสริมความสนใจและสร้างทัศนคติที่ดีต่อรายวิชาโดยนักศึกษา

1) ลดความเครียดและ หว่างฝึกภาคปฏิบัติ ได้แก่ การสร้างความคิดว่าเป็นวิชาที่ไม่ยากเกินไป การเรียนให้สนุก ระบายความรู้สึกเครียดกับเพื่อน

2) การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย

2. แนวทางในการส่งเสริมความสนใจและสร้างทัศนคติที่ดีต่อรายวิชาให้แก่นักศึกษา โดยอาจารย์นิเทศ

1) การสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างอาจารย์และนักศึกษา

2) ใช้เทคนิคการสอนที่ตอบสนองต่อการส่งเสริมความสนใจ ได้แก่ การเล่า



สถานการณ์จากประสบการณ์จริง การดูแล
นักศึกษาอย่างใกล้ชิด ให้เทคนิคในการจดจำ
เนื้อหาของรายวิชา การสอนโดยการสาธิตก่อน
ให้นักศึกษาปฏิบัติจริง

3) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน

4) อาจารย์เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ใน
ห้องปฏิบัติการพยาบาล อย่างครบครัน เพื่อให้
นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างถูกต้อง มองเห็นภาพ
ชัดเจน

**แนวทางในการพัฒนาทักษะด้านการเรียน
ของผู้เรียน เพื่อให้เรียนรู้ได้อย่างเข้าใจ**

1. แนวทางในการพัฒนาทักษะด้านการ
เรียนของผู้เรียน โดยนักศึกษา

1) มีการทบทวนเนื้อหาของรายวิชาอยู่
เสมอ

2) เลือกใช้วิธีการจดบันทึก หรือสรุป
เนื้อหาของรายวิชาภายหลังการฝึกปฏิบัติ

3) ฝึ ก ประ ส บ ก า ร ณั ฒ น์ ด ำ น ก า ร
ปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง

4) ปรึกษาอาจารย์พิเศษในประเด็นที่
สนใจหรือประเด็นที่เป็นปัญหา

2. แนวทางในการพัฒนาทักษะด้านการ
เรียนให้แก่ นักศึกษาโดยอาจารย์

1) มี ชั่วโมง ในการฝึกฝนทักษะ
นักศึกษาก่อนปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์
จริง

2) อาจารย์สอดแทรกเทคนิคหรือ
ทักษะทางการพยาบาล

3) ฝึกฝน นักศึกษา ให้วิเคราะห์
กรณีศึกษาบ่อยๆ

4) ติดตาม เอาใจใส่นักศึกษาระหว่าง
การฝึกปฏิบัติการพยาบาล

**แนวทางการปรับปรุงคุณภาพการสอนให้
เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ**

1) อาจารย์นิเทศควรมีความเข้าใจใน
ลักษณะของผู้เรียน มีความเข้าใจในแผนการสอน
และเครื่องมือการประเมินผล รับฟังและยอมรับ
ในความแตกต่างของนักศึกษา ดูแลนักศึกษาแต่ละ
คนอย่างเท่าเทียม

2) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ อย่างครบครัน
เพื่อเตรียมความพร้อม ฝึกทักษะก่อนไปฝึกใน
สถานการณ์จริง

3) อาจารย์นิเทศสร้างบรรยากาศในหอ
ผู้ป่วยให้น่าเรียน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อ
รายวิชาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนทัศนคติ
ของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการ
สอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก
และการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ปัจจัยด้านจิตพิสัย
มีผลต่อการเรียนให้เกิดผลสัมฤทธิ์มากที่สุด
รองลงมาคือ ปัจจัยด้านพุทธิพิสัย ปัจจัยด้าน
คุณภาพการสอน และปัจจัยด้านทักษะพิสัย และ
แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนควร
ประกอบด้วย แนวทางในการพัฒนาความรู้และ
สติปัญญาของผู้เรียนเพื่อให้มีการจดจำที่ดี
แนวทางการส่งเสริมความสนใจและสร้าง
ทัศนคติที่ดีต่อผู้เรียน แนวทางการพัฒนา
ทักษะด้านการเรียนของผู้เรียน เพื่อให้เรียนรู้ได้



อย่างเข้าใจ และแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการสอน ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1. ผลการประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ความพึงพอใจต่อรายวิชาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD=0.76) ส่วนความพึงพอใจต่ออาจารย์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD=0.80) เนื่องจากอาจารย์มีวิธีการสอนที่หลากหลาย มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับนักศึกษา เข้าใจนักศึกษา จึงมีผลทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ไม่แตกต่างกับผลการศึกษาของ กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และอรพิน สว่างวัฒนาเศรษฐ์⁶ ที่พบว่า พฤติกรรมการสอนของอาจารย์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (SD = 0.41) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา จากการสนทนากลุ่มย่อย พบว่า พฤติกรรมการเรียนที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา ได้แก่ การวางแผนการเรียน และการเอาใจใส่ต่อการเรียน และการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิดาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ และธัญญมล สุริยานิมิตสุข⁽⁷⁾ ทำการศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรีเสนอแนะว่า อาจารย์ควรใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย และการจัดการเรียนการสอนที่ควรจัดคือ การจัดสถานการณ์จำลองการแก้ปัญหา

การใช้เทคนิคการสอนของจะช่วยส่งเสริมทักษะของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21

2. เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทักษะของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ด้านพุทธิพิสัยหรือทักษะด้านสติปัญญา อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.29 (SD = .56) โดยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ความสามารถในการวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จะทำให้เรียนวิชานี้เข้าใจ และผลคะแนนอาจสูงขึ้น รองลงมา คิดเห็นว่า ความสามารถในการศึกษาหาความรู้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือต่างๆ เช่น ตำราวารสารเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารก นำมาออกแบบจัดการความรู้ใหม่เป็น สมุดโน้ต แผนภูมิความคิด ตารางเปรียบเทียบ จะทำให้ผู้เรียน เรียนได้เข้าใจ มีผลคะแนนสูง และจากการสนทนากลุ่ม นักศึกษาบางคนกล่าวว่า “หลังจากฝึกปฏิบัติงาน ต้องกลับมาอ่านหนังสือเพื่อทบทวนความรู้เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความรู้ในการทำงาน” “การมีสมุดบันทึกความรู้ที่ได้รับในแต่ละวัน การเขียนสิ่งที่ควรปรับปรุงเพื่อให้เกิดการจดจำและพัฒนาที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ” โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการศึกษาของรณชัย คนบุญ, กัลยา ปังประเสริฐ, วันวิสาข์ ศิริวาท และจุฑามาศนาไชยภูมิ⁽⁵⁾ ที่พบว่า ด้านพุทธิพิสัย มีคะแนนเฉลี่ย 4.03 (SD = .64) อธิบายว่า การพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะด้านสติปัญญานั้น ต้องออกแบบการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ให้ฝึกวิเคราะห์ ให้สรุปเนื้อหา ให้ฝึกทำข้อสอบ และการจัดสถานการณ์



จำลอง ดังนั้น การพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะด้านสติปัญญา ทั้งผู้สอนและผู้เรียนต้องสร้างสถานการณ์การเรียนรู้ เพื่อฝึกทักษะการจำ การเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ ผ่านรูปแบบการวิเคราะห์กรณีศึกษา การทบทวนเนื้อหาจากตำรา วารสาร การจดบันทึกการเรียนรู้ เพื่อฝึกการถ่ายโยงหรือเชื่อมโยงความรู้ เป็นต้น

3. ทักษะคตินักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ด้านจิตพิสัย หรือเจตคติต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.31 (SD = 0.65) โดยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการที่ยอมรับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มีคุณค่าต่อการประกอบวิชาชีพการเป็นพยาบาล จะทำให้ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียน และตั้งใจเรียนทำให้มีผลคะแนนดี รองลงมาคิดเห็นว่า ความเต็มใจของผู้เรียนที่ต้องการเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ใหม่ เช่น การอ่านหนังสือ ตำรา ในห้องสมุด หรือเว็บไซต์ทางการแพทย์และพยาบาล จะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นจากการสนทนากลุ่ม นักศึกษาบางคนกล่าวว่า “พยายามไม่เครียด เปิดใจในการเรียนรู้และการฝึกประสบการณ์กับเพื่อน พุดคุยปรึกษาหารือกันก่อนปฏิบัติงาน” “มีการเตรียมความรู้ในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ก่อนขึ้นฝึกเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมั่นใจ” “เริ่มจากอาจารย์ผู้สอน การ

มีสัมพันธภาพที่ดีกับนักศึกษา สอนและให้คำแนะนำมากกว่าการตำหนิ การใช้คำพูดที่ไม่ให้เกียรตินักศึกษาในฐานะเป็นผู้เรียนคนหนึ่ง ไม่ดุและตำหนิต่อหน้าผู้ป่วย การอธิบายค่อยๆ ชี้ให้เห็นมากกว่าการตั้งคำถาม” ซึ่งคะแนนเฉลี่ยด้านจิตพิสัยหรือเจตคติต่อการเรียนการสอนสูงกว่าการศึกษาของ กาญจนา เลิศถาวรธรรมกรกรณีการ ฝึกงานพยาบาล และอรพิน สว่างวัฒนะเศรษฐ์⁽⁶⁾ ที่พบว่า ด้านเจตคติต่อการเรียนมีคะแนนเฉลี่ย 4.07 (SD = 0.36) โดยการวางแผนการเรียน การเอาใจใส่ต่อการเรียน เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุปได้ว่า การพัฒนาให้ผู้เรียนมีเจตคติต่อวิชาชีพ และการจัดการเรียนการสอน จะต้องให้นักศึกษาเกิดการยอมรับว่าวิชานี้มีคุณค่าต่อการประกอบวิชาชีพในอนาคต ตั้งใจเรียน ลดความเครียด และวางแผนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ

4. ทักษะคตินักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ด้านทักษะพิสัย หรือพฤติกรรมการเรียน อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.18 (SD = 0.63) โดยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการทดลองหรือฝึกหัด โดยเก็บเกี่ยวจากสถานการณ์จริง และให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ฝึกปฏิบัติตามเนื้อหาของรายวิชา จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจ และจดจำกิจกรรมการพยาบาลได้ง่าย รองลงมาคือ การสรุปเนื้อหาจากความรู้การพยาบาลมารดา มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เป็นสมุดโน้ต แผนภูมิรูปภาพ จะทำให้ผู้เรียน เรียนวิชานี้ได้เข้าใจ การเตรียม



ร่างกายให้พร้อมก่อนมาเรียน และก่อนสอบ เช่น การนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารบำรุงสมอง การบริหารร่างกายเพื่อให้ออกซิเจน สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้สมองมีสมรรถนะที่ดี พร้อมในการเรียนรู้ ไม่ง่วงนอน และเรียนได้เข้าใจ มีผลให้ได้คะแนนดี จากการสนทนากลุ่ม นักศึกษาบางคนกล่าวว่า “การได้ปฏิบัติจริงและลงมือปฏิบัติบ่อยครั้งจะทำให้เรียนรู้ได้อย่างเข้าใจ” “ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากรายวิชาที่เรียน กล้าที่จะถามอาจารย์ หรือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการทราบ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่อยากรู้” มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมการเรียนรู้ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลดาพร ทองสง และณิมนพร พงศานานุรักษ์⁽⁸⁾ พบว่า พฤติกรรมการเรียนในชั้นเรียน พฤติกรรมการเรียนนอกชั้นเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สรุปได้ว่าการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริง หลังจากเรียนควรมีการสรุปเนื้อหาองค์ความรู้ และเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนขึ้นฝึก ซึ่งจะ สามารถช่วยให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้นได้

5. ทักษะคตินของนักศึกษาต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ด้านคุณภาพการสอน อยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.27 (SD = 0.74) โดยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่คิดเห็นว่า ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ของอาจารย์ผู้สอนผ่านวิธีการสอนต่างๆ เช่น การเล่าประสบการณ์จริง การสอดแทรก

มุขตลก การอธิบายเนื้อหาวิชาการที่มีความซับซ้อนให้เข้าใจ เช่น กระบวนการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เป็นต้น ทำให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย จดจำได้ดี รองลงมาคือ การมีผู้รับบริการจริง สถานการณ์จริง มาเป็นส่วนหนึ่งในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้น มองเห็นภาพได้ชัดเจน เข้าใจ จากการสนทนากลุ่ม นักศึกษาบางคนกล่าวว่า “อาจารย์ที่ให้คำแนะนำที่ดี มีความรู้ถ่ายทอดให้กับนักศึกษา และสามารถช่วยแก้ไขในสิ่งที่นักศึกษาทำผิดพลาด จะช่วยให้นักศึกษาเรียนได้ดีขึ้น” “อุปกรณ์และสื่อการสอนที่น่าสนใจ จะกระตุ้นการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีความสนใจ และมีความเข้าใจในเนื้อหา” “หอผู้ป่วย สำหรับฝึกปฏิบัติงานต้องมีความเหมาะสม มีความทันสมัยของอุปกรณ์ ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น” มีคะแนนด้านคุณภาพการสอนสูงกว่าการศึกษาของ รุ่งฤดี กล้าหาญ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ด้านคุณภาพการสอนมีคะแนนเฉลี่ย 4.12 (SD = 0.08) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อคุณภาพการสอนของอาจารย์นิเทศ มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติในระดับมากที่สุด และการศึกษาของ นรากร พลหาญ และสมสมร เรืองวรบูรณ์⁽¹⁰⁾ พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการสอนของอาจารย์การบริการของสถานศึกษาและสภาพแวดล้อมของสถานศึกษาเป็นปัจจัยที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สรุปได้ว่า คุณภาพการสอนของอาจารย์เป็นสิ่งที่ควรพัฒนาและปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้นักศึกษาเกิดผลสัมฤทธิ์



ทางการเรียน โดยพัฒนาความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ มีการเตรียมสื่อการสอนที่น่าสนใจ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่นักศึกษาได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยความสัมพันธ์ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนระหว่างกลุ่ม
2. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการสอนของอาจารย์พยาบาล เพื่อสนับสนุนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โปยม จันทน์น้อย. การศึกษา 4.0 [อินเทอร์เน็ต]. พัทลุงสามัคคี ครั้งที่ 57; 2560.
2. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษา. บทที่ 1 การประกันคุณภาพการศึกษา ระดับอุดมศึกษา CUPT QA; 2559.
3. เกียรติศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. วิฤตคุณภาพการศึกษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kriengsak.com/node/1170>.
4. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw –Hill Book; 1982.
5. รณชัย คนบุญ, กัลยา ปึงประเสริฐ, วันวิสาข์ ศิริวาท และจุฑามาศ นาไชยภูมิ. แนวทางการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2563;10(1):147-155.
6. กาญจนา เลิศถาวรธรรม, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2557;7(4):13-24.
7. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิดาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ และชญญมล สุริยานิมิตสุข. สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559;26(2):128-141.
8. ลดาพร ทองสง และณิมาพร พงศานานุรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการพยาบาลเด็กของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเจ้าคุณคุณ. วารสารเจ้าคุณคุณ 2556; 20(1):55-71.
9. รุ่งฤดี กล้าหาญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3):412-420.



10. นรากร พลหาญ และสมสมร เรืองวรบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารมนุษย์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2555;31(5):33-43.



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of palliative care patient system Rong Kham District, Kalasin Province.

Received: October 6, 2021

Revised: December 20, 2021

Accepted: December 27, 2021

ประธาน ศรีจุลฮาด¹

Pratan Srijulahad¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา และญาติ-ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale for adult Suandok) เดือนกันยายน 2562 – กันยายน 2563 จำนวน 152 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบการเปรียบเทียบ ผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง Dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา และญาติ-ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพมีความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพบว่า ความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย ดีกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการรักษาให้ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจและการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว และให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

¹ นายแพทย์โรงพยาบาลวังคำ



ABSTRACT

This research was Participatory Action Research (PAR) aimed to development of palliative care patient system Rong Kham District, Kalasin Province. Study between September 2019 and September 2020. Sample size were stakeholder of palliative care patient including 40 Public health personnel from hospitals and tambol health promoting hospitals, 40 representatives of the local administrative organization, community leaders, and volunteers, and 72 relatives of palliative care patient, Rong Kham District, Kalasin Province. Data were collected by evaluation form and questionnaire. Data were analyzed by mean, standard deviation, percentage and dependent t-test.

The results of the study found that palliative care patient system that have been developed include: Guidelines for screening patients into palliative care , Guidelines for early patient assessment , Guidelines for caring with a primary/multidisciplinary care team , Providing information to patients and their families , Making an advance care plan discharge planning , Guidelines for follow-up visits to patients at home based on PPS levels and the development of care potential for the health team. It was found that after potential development the ability to provide palliative care patient of related health personnel, partnership and patient relatives better than before had statistically significant at the .05 level. And the ability to care for a patient's family after the loss of a person involved in palliative care patient of related health personnel and partnership better than before had statistically significant at the .05 level. And can provide palliative care patients with 100% coverage.

Keyword: palliative care patient system

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) เป็นผู้ป่วย ที่การรักษาเฉพาะไม่สามารถหวังให้ผู้ป่วยหาย จากโรคได้และผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในเวลา ไม่นาน การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จะมุ่งเน้นที่การ ดูแลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางร่างกายให้น้อยที่สุด และสนองความต้องการทางจิต วิญญาณ ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมของผู้ป่วย และญาติ โดยเน้นการให้การดูแลแบบ ประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วย

และญาติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงสุดท้าย ของชีวิต⁽¹⁾

จากสถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ อำเภอร่องคำ ปีงบประมาณ 2559-2562 จาก สถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอร่องคำ ปี 2561 - 2562 พบว่า อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง 67 ราย ร้อยละ 73.62 และ 87 ราย ร้อยละ 93.55 จากการ ทบทวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ศูนย์รักษาริบาล โรงพยาบาลร่องคำได้ดูแล พบว่า ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ



80 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการปวด หรือ หายใจลำบากและมีความทุกข์ทรมานในระยะ สุดท้ายของชีวิต ขาดการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเข้าถึงบริการใน การใช้ยาระงับปวดกลุ่ม strong opioid ยังน้อย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ชัดเจน ไม่มีเครือข่ายในการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จะให้บริการผู้ป่วยไม่ เพียงพอ และขาดการประเมินผลร่วมกันระหว่าง ทีมผู้ดูแล⁽²⁾

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจ ที่จะศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยผู้ที่เกี่ยวข้องใน การดูแล เพื่อร่วมกันเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหา กำหนดประเด็นการแก้ปัญหา และรับผลของการ แก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการศึกษาสถานการณ์การ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ และพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการรักษาให้ ครอบครัวยุติความพร้อมทั้งด้านจิตใจและ การใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว และให้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอ วังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของบุคลากร ภาควิชาเครือข่ายญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และความสามารถในการดูแลครอบครัวของ ผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ใน การ ดู แล ผู้ ป ว ย ร ะ ย ะ ส ุ ด ท ้าย แบบ ประคับประคอง

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน กันยายน 2562 ถึง กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน การดูแล ประกอบด้วย

2.1 บุคลากรสาธารณสุขที่มาจาก โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จำนวน 40 คน



2.2 ภาศึเครือ่ายในพื้ที่ ใต้แ่
ตัวแ่แองค์การบริหารงานส่วนท้อ่งถึน ผู้น้า
ชุมชน และจิตอาสา จ้านวน 40 คน

2.3 ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคัประคอง อำเอร้องคำ จ้งหวัดกาฬสินธุ์
มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกมาแบบ
เฉพาะเจาะจง จ้านวน 72 ราย โดยมีเกณฑ์การ
คัดเลือก ดังนี้ 1) มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) PPS ผู้ป่วย $\leq$
ร้อยละ 60 (ประเมินการเคลื่อนไหว การปฏิบัติ
กิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตร
ประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับ
ความรู้สึกตัว)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง ประกอบด้วย

1.1 การจัดทำ แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง ตั้งแต่การประเมิน-คัดกรอง/การวินิจฉัย/การพยาบาล-รักษา/การเข้าถึงบริการ PC ทั้งใน-นอกเวลา/การรับ-ส่งต่อ Implement แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

1.2 กำหนดแนวทางในการพัฒนาศัภภาพให้แก่ทีมสุขภาพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.3 ประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคัประคอง (Palliative performance scale for adult Suandok)

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคัประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS)

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง อำเอร้องคำ จ้งหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.4 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง อำเอร้องคำ จ้งหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับภาศึเครือ่าย เป็นแบบ Rating scale 5

2.5 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง อำเอร้องคำ จ้งหวัดกาฬสินธุ์ สำหรับญาติผู้ป่วย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.6 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคัประคอง อำเอร้องคำ จ้งหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญ



พิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเมืองชัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89, 0.82, และ 0.71 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเวลาเตรียมการวิจัย (ระหว่างเดือนกันยายน 2562 - กันยายน 2563)

การศึกษาศถานการณ์ บริบท สภาพปัญหา ตลอดจนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 การกำหนดประเด็นปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมิน-คัดกรอง/การวินิจฉัย/การรักษา/การเข้าถึงบริการ PC ทั้งใน-นอกเวลา/การรับ-ส่งต่อ Implement แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ดำเนินการในระหว่างเดือนกันยายน 2562 - กันยายน 2563 โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแลประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน

จิตอาสา และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดำเนินการในระหว่างเดือนกันยายน 2562 - กันยายน 2563 โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2.2.1 การจัดทำ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมิน-คัดกรอง/การวินิจฉัย/การรักษา/การเข้าถึงบริการ PC ทั้งใน-นอกเวลา/การรับ-ส่งต่อ Implement แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

2.2.2 การพัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมสุขภาพทุกหน่วยงานใน โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2.3 การเยี่ยมชมตรวจทางกรรพยาบาล (Grand rounds) และทบทวนทางคลินิก (Case review) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน

3. ระยะการติดตามและประเมินผล

3.1 การติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุง ศึกษาผลจากการดูแลด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการในระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2563 โดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคี



เครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา และญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองประกอบด้วย

3.2 CPG การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมิน-คัดกรอง/การวินิจฉัย/การพยาบาล-รักษา/การเข้าถึงบริการ PC ทั้งใน-นอกเวลา/การรับ-ส่งต่อ Implement

3.3 ผลการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.4 คุณภาพการดูแลด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความพึงพอใจของญาติ และผลการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย

4. การสรุปผลการวิจัย เดือนกันยายน 2563 ผู้วิจัยและผู้ส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา ร่วมสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC.68/2562 ลงวันที่ 19 สิงหาคม 2562

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอำเภอวังน้อย เดือนกันยายน 2562 - กันยายน 2563 พบว่า อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง 67 ราย ร้อยละ 73.62 และ 87 ราย ร้อยละ 93.55 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบท่ามกลางญาติพี่น้องตามความต้องการ 65 ราย ร้อยละ 71.42 และ 85 ราย ร้อยละ 91.39 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ มะเร็ง รongลงมา คือ ไตวาย หัวใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ และผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการปวด หายใจลำบาก และอาการไม่สบายอื่นๆซึ่งทีมสุขภาพไม่สามารถจัดการอาการให้ผู้ป่วยสบายไม่ทรมานและจากไปอย่างสงบเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง



1.2 การทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง พบว่า ทีมสหวิชาชีพยังขาดทักษะในการแจ้งข่าวร้าย การจัดประชุมระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมที่ดูแลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างทีมกับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต (Family meeting) เช่น ยังมีญาติของผู้ป่วยบางรายที่ไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ญาติก็ไม่กล้าตัดสินใจ ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน ฝ่ายหนึ่งอาจให้ดูแลเต็มที่ แต่อีกฝ่ายไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต CPG การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ไม่ถูกนำมาใช้เนื่องจากไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ขาดทีมสุขภาพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการสนับสนุน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ไม่มีการทำ Grand rounds และทบทวน Case ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ขาดผู้ดูแล อสม. จิตอาสา และญาติผู้ป่วย ที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้านขาดความต่อเนื่อง ไม่มี การทำ Family meeting/Advance care plan/Advance Directive และขาดช่องทางการสื่อสารให้ทีมสุขภาพได้รับทราบถึงข้อมูลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา และ ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังต่อไปนี้ ประกอบด้วย

2.1 ประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยผู้ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาในประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) CPG การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
 - 2) การพัฒนาทีมสุขภาพ
 - 3) การทำ Grand rounds และทบทวน Case
 - 4) การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 5) การทำ Family meeting/Advance care plan/Advance Directive
 - 6) การพัฒนาช่องทางการสื่อสาร
- 2.2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย



1) การจัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมิน-คัดกรอง/การวินิจฉัย/การพยาบาล-รักษา/การเข้าถึงบริการ PC ทั้งใน-นอกเวลา/การรับ-ส่งต่อ Implement แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ได้แก่ 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง 2) แนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ 3) แนวทางการดูแลร่วมกับทีมดูแลหลัก/สหวิชาชีพ 4) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำ Advance care plan 5) การวางแผนจำหน่าย 6) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามระดับ PPS

2) การพัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมสุขภาพทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 40 คน มีเนื้อหาประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การให้ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย เทคนิคการแจ้งข่าว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความปรารถนาครั้งสุดท้าย ขึ้นตอนก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน การเตรียมสภาพแวดล้อม การเตรียมสภาพห้องนอน การเตรียมสภาพห้องน้ำ/ห้องสุขา การเตรียมสภาพประตู การเตรียมสภาพทางเดินภายในบ้าน การเตรียมสภาพห้องครัว การเตรียมสภาพแสงสว่างภายในบ้าน การเตรียมสภาพการระบายอากาศ การดูแลสุขภาพอนามัย การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การดูแลเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวกและแผลกดทับ อาการ

เจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการท้องผูก อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อาการกลืนอาหารไม่อยู่ กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย ข้อสังเกตอาการผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยในแต่ละศาสนา และการเยี่ยมผู้ป่วย

2.2) ภาาติเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารงานส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา จำนวน 40 คน มีเนื้อหาประกอบด้วย เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ความสำคัญของการแจ้งอาการป่วย เทคนิคการแจ้งข่าว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ความปรารถนาครั้งสุดท้าย การเตรียมสภาพแวดล้อม การเตรียมสภาพห้องนอน การเตรียมสภาพห้องน้ำ/ห้องสุขา การเตรียมสภาพประตู การเตรียมสภาพทางเดินภายในบ้าน การเตรียมสภาพห้องครัว การเตรียมสภาพแสงสว่างภายในบ้าน การเตรียมสภาพการระบายอากาศ การเคลื่อนไหวกและแผลกดทับ กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย ข้อสังเกตอาการผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยในแต่ละศาสนา และการเยี่ยมผู้ป่วย

2.3) ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 72 คน มีเนื้อหาประกอบด้วย เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ความปรารถนาครั้งสุดท้าย ขึ้นตอนก่อนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน การเตรียมสภาพแวดล้อม การเตรียมสภาพห้องนอน



การเตรียมสภาพห้องน้ำ/ห้องสุขา การเตรียมสภาพประตู การเตรียมสภาพทางเดินภายในบ้าน การเตรียมสภาพห้องครัว การเตรียมสภาพแสงสว่างภายในบ้าน การเตรียมสภาพการระบายอากาศ การดูแลสุขภาพอนามัย การลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค การดูแลเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวน้ำและผลกกดทับ อาการเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการท้องผูก อาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อาการกลืนอุจจาระไม่อยู่ กิจกรรมการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย และข้อสังเกตอาการผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิต

2.3 การเยี่ยมชมตรวจทางกายภาพ (Grand rounds) และทบทวนทางคลินิก (Case review) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและชุมชน

3. ผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 ± 0.09) หลังการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ± 0.06)

3.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ ของภาคีเครือข่าย พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของภาคีเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ± 0.18) หลังการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของภาคีเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ± 0.09)

3.3 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของญาติ พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของญาติ โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 ± 0.09) หลังการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของญาติ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ± 0.05)

3.4 ความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนาความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ



ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากร
สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องก่อนและหลัง การพัฒนา
ศักยภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ มาก (3.93 ± 0.18)

หลังการพัฒนา ความสามารถในการ
ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของ
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพ โดยรวมอยู่ใน
ระดับ มากที่สุด (4.41 ± 0.10)

3.5 ความสามารถในการดูแล
ครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มี
ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
ของภาคีเครือข่ายก่อนและหลัง การพัฒนา
ศักยภาพ พบว่า ก่อนการพัฒนา ความสามารถในการ
ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย
ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ

จังหวัดกาฬสินธุ์ ของภาคีเครือข่ายก่อนและหลัง
การพัฒนาศักยภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก
(3.84 ± 0.19) หลังการพัฒนา ความสามารถในการ
ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย
ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังคำ
จังหวัดกาฬสินธุ์ ของภาคีเครือข่ายก่อนและหลัง
การพัฒนาศักยภาพ โดยรวมอยู่ในระดับ มาก
ที่สุด (4.39 ± 0.12)

3.6 การเปรียบเทียบความสามารถใน
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง การ
พัฒนาศักยภาพ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ
ประคับประคอง อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์
ของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย และญาติ
ผู้ป่วย ดีกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า)
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอ
วังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพ (Dependent t-test)

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	df	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
บุคลากร	3.85	0.09	4.41	0.06	-30.24	39	0.00	-0.60	-0.52
ภาคี	3.83	0.18	4.41	0.09	-15.54	39	0.00	-0.65	-0.50
ญาติ	3.88	0.09	4.44	0.05	-54.26	71	0.00	-0.58	-0.54

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



3.7 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังค้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง การพัฒนาศักยภาพ พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย

หลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังค้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาเวช และญาติผู้ป่วย ดีกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p- value เท่ากับ .000 ทุกค่า) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังค้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ (Dependent t-test)

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	df	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
บุคลากร	3.93	0.18	4.41	0.10	-14.687	39	0.00	-0.55	-0.42
ญาติ	3.84	0.19	4.39	0.12	-13.724	39	0.00	-0.63	-0.48

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังค้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผลการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ผลการประเมินผู้ป่วยแรกพบ ผลการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลร่วมกับทีมดูแลหลัก/สหวิชาชีพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำ Advance care plan การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะสุดท้าย การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามระดับ PPS มีการดำเนินงานครอบคลุมร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอวังค้ำ จังหวัดกาฬสินธุ์ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาเวช และ ญาติ ก่อนการพัฒนา ศักยภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมภาควิชาที่เกี่ยวข้อง และขาดกระบวนการมีส่วนร่วมของญาติ หรือผู้ดูแล มีขั้นตอนและวิธีการให้บริการที่ซ้ำซ้อน มีแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย บุคลากรทีมสุขภาพบางส่วนยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินและการดูแล แบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ



จิตติมา ปลื้มใจ (2563)⁽⁴⁾ ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา ในปี 2563 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 12 แห่ง ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาและความต้องการการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง คือ โครงสร้างและการบริหารจัดการไม่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ขาดการกำกับ นิเทศ การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดด้านภาระงานและการประสานการส่งต่อ

หลังการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ภาคีเครือข่าย และญาติ โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ± 0.05) ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนา ศักยภาพ บุคลากร สาธารณสุข ที่มาจาก โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา และ ญาติผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีเนื้อหาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยประยุกต์จาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของสำนักงานคณะกรรมการ

สุขภาพแห่งชาติ (2556)⁽⁵⁾ และการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลปทุมธานี (2561)⁽⁶⁾

ซึ่งหลังการพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และจิตอาสา อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีเนื้อหาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยประยุกต์จาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) ของกรมการแพทย์ (2563)⁽⁷⁾ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการพัฒนา ศักยภาพ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ป่วย ดีกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value เท่ากับ 0.00 ทุกค่า)

ความสามารถในการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสียของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ



ระดับประครอง อำเภอรองคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาอายุรศาสตร์ และญาติผู้ป่วย ดีกว่า ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value เท่ากับ 0.00 ทุกค่า) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง (2560)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประครองผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประครองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าวก้างเขม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลงจาก 14.22 (S.D.=7.31) เป็น 9.69 (S.D.=6.78) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงจาก 4.13 (S.D.=3.48) เป็น 2.84 (S.D.=3.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 34.40 เป็นร้อยละ 12.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นพพร จันทรเสนา และ ปิยะนุช พรหมสาขา (2561)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประครองโรงพยาบาลหนองหาน อําเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาทำให้ 1) ได้ระบบการดูแลแบบประคับประครองประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1.1) การวินิจฉัยหรือคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประครอง 1.2) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้แบบประเมิน PPS scale แบบประเมิน ESAS 1.3) วางแผนการดูแลและประชุมกลุ่มร่วมกับญาติผู้ดูแล (Family meeting) 1.4) การดูแลต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน 2) ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคับประครอง ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ประเด็น คือ ด้านความเป็นไปได้ ($\mu = 4.49$) ด้านความเหมาะสม ($\mu = 4.24$) 3) ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบการดูแลแบบประคับประครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ถึงร้อยละ 93.33 และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.18$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการดูแลด้านร่างกาย ($\mu = 4.35$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรศึกษาบทบาทและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประครอง ในพื้นที่เป็นระยะ และต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประครอง ได้แก่ แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประครอง แนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกเริ่ม แนวทางการดูแลร่วมกับทีมดูแลหลัก/สหวิชาชีพ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทำ Advance care plan การวางแผนจำหน่าย แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านตามระดับ PPS และการพัฒนาศักยภาพการดูแลให้แก่ทีมสุขภาพ ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงและถูกต้องตามหลักวิชาการ



3. ควรมีการติดตามพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง	4. ควรมีการศึกษากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ฉันทชาย สิทธิพันธุ์.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมอชวนรู้ โดยแพทยสภา.2564 [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2564 [<https://tmc.or.th> > pdf > tmc_knowledge-59]
2. โรงพยาบาลร่งคำ. สถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของอำเภอร่งคำ. โรงพยาบาลร่งคำ. 2562.
3. ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ พิมลรัตน์ พิมพดี ศศิพินท์ มงคลไชย พวงพยอม จุลพันธุ์ ยูพงษ์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลอุดรธานี. Nursing Journal of The Ministry of Public Health,2563. 23(1), 80-90.
4. จุติมา ปลื้มใจ. รูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา ในปี 2563. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563.
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. นนทบุรี: บริษัท พิมพดีจำกัด, 2556.
6. โรงพยาบาลปทุมธานี. การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย โรงพยาบาลปทุมธานี. 2561. [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2563 [<https://www.cgtoolbook.com/books004/4/>]
7. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563.
8. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ปี 2560.
9. นพพร จันทรเสนา และ ปิยะนุช พรหมสาขา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี, 2561.



การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องและแบบผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง

Comparative study between Open Cholecystectomy and Three ports Laparoscopic

Cholecystectomy in Sriboonruang Hospital, Nongbua Lamphu province

: Retrospective Analytical Study

Received: September 09, 2021

Revised: November 14, 2021

Accepted: December 13, 2021

ลิขิต เรืองจรัส¹

Likhit Ruengcharat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมง และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดของการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ชนิดมีอากการด้วยวิธีการแบบเปิดช่องท้อง (Open Cholecystectomy: OC) และการผ่าตัดแบบผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports Laparoscopic Cholecystectomy: Three-ports LC) ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ชนิดมีอากการที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ OC และ Three-ports LC แบ่งเป็นการผ่าตัดแบบ OC จำนวน 35 ราย และการผ่าตัดแบบ Three-ports LC จำนวน 48 ราย เก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและนำเสนอข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด P_{25} P_{75} และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t test, Mann Whitney test และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการผ่าตัดแบบ Three-ports LC ใช้เวลานานกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบ OC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI=15.9-52.8) ในขณะที่ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมงรวมไปถึงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบ Three-ports LC จะน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบ OC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI = 0.7 - 1.1)

ศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผลได้ ภายใต้งานที่ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: นิ่วในถุงน้ำดี, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

¹ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู



ABSTRACT

This retrospective analytical study aimed to compare operation time, intraoperative blood loss, post of pain at 2 hrs, 4 hrs, 8 hrs, 24 hrs and 48 hrs and length of hospital stay between Open Cholecystectomy (OC) and Three-ports Laparoscopic Cholecystectomy (Three-ports LC) in Sriboonruang hospital Nongbua Lamphu province, Thailand. The samples were 83 cases of symptomatic gallstone patients who operated OC and Three-ports LC due to symptomatic gallstone in Sriboonruang hospital and they were **selected by simple** random sampling method. Furthermore, these patients were divided in two groups equally. 35 patients were operated by OC and 48 patients were operated by Three-ports LC. Data were collected from medical records and analyzed by descriptive and inferential statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum, Independent t test, Mann Whitney test and Chi-square test.

The result showed that the operation time in OC were shorter than Three-ports LC significantly ($p < 0.001$, $95\%CI = 15.9 - 52.8$). Variables: intraoperative blood loss, post of pain at 2 hrs, 4 hrs, 8 hrs, 24 hrs and 48 hrs and length of hospital stay in Three-ports LC were less than OC significantly ($p < 0.001$, $95\%CI = 0.7 - 1.1$).

A community hospital surgeon can perform 3 ports Laparoscopic Cholecystectomy procedures so that patients can get effective treatment in simple circumstances.

Keywords: Gallstone Open Cholecystectomy Laparoscopic Cholecystectomy

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นหนึ่งในโรคระบบทางเดินอาหารที่พบมากโรคหนึ่งและเป็นปัญหาที่สำคัญกับระบบการดูแลสุขภาพ⁽¹⁾ ความชุกของโรคนิ่วในถุงน้ำดีแตกต่างกันไปตามภูมิภาค ในประเทศตะวันตกพบความชุกของโรคนิ่วในถุงน้ำดีในผู้ชายร้อยละ 7.8 และในผู้หญิงร้อยละ 16.6⁽²⁾ ส่วนในเอเชียพบประมาณร้อยละ 3-15 ในคนแอฟริกันพบร้อยละ 5⁽³⁾ ในประเทศจีนมีรายงานพบร้อยละ 4.2-11.0⁽⁴⁾ ความชุกของโรคนิ่วในถุงน้ำดีพบได้สูงในบางกลุ่มชาติพันธุ์ เช่นในผู้หญิงอินเดียพบร้อยละ 73 ผู้ชายเชื้อสายอเมริกัน-อินเดีย พบร้อยละ 29.5 และผู้หญิงเชื้อสายอเมริกัน-อินเดีย พบร้อยละ 61.1 ในผู้ชายเชื้อสายอเมริกัน-แม็กซิกัน พบร้อยละ 8.9 และผู้หญิงเชื้อสายอเมริกัน-แม็กซิกัน พบร้อยละ 26.7⁽⁵⁾ อุบัติการณ์โดยรวมพบร้อยละ 10-20 ดังนั้น โรคนิ่วในถุงน้ำดีจึงเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความเกี่ยวข้องกับทางเศรษฐกิจ และเป็นปัญหาของประเทศอุตสาหกรรม ในประเทศไทยพบนิ่วในถุงน้ำดีได้ประมาณร้อยละ 6⁽⁶⁾ การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดีต้อง

รักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดนั้นมีทั้งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง มักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาที่แผลผ่าตัด และปวดบริเวณแผลผ่าตัดอยู่หลายเดือน ในปี ค.ศ.1987 Phillipe Mouret⁽⁷⁾ ได้รายงานการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีใช้กล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) เป็นครั้งแรก ทำให้การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยใช้กล้องวิดิทัศน์เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับประเทศไทยได้เริ่มทำการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534⁽⁸⁾ โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล การผ่าตัดด้วยวิธีนี้ได้แพร่หลายไปอย่างรวดเร็ว เป็นที่ยอมรับของศัลยแพทย์ และผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากมีข้อดีกว่าในเรื่องเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยกว่า ปวดแผลน้อยกว่า จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กกว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง⁽⁹⁻¹⁰⁾ นอกจากนี้การศึกษาของ Hannan EL, et al.⁽¹¹⁾ พบว่าอัตราการตายจากการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์มีเพียง



ร้อยละ 0.23 ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องพบอัตราการตายร้อยละ 1.9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ บางการศึกษาพบว่ามีความเสี่ยงมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องคือ มีน้ำดีรั่วซึม เส้นเลือดฉีกขาด อันตรายต่ออวัยวะภายในการศึกษาของ Krahenbuhl, et al.⁽¹²⁾ พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์พบได้ร้อยละ 0.3 ซึ่งพบได้มากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดท้อง

โรงพยาบาลศรีบุญเรืองปัจจุบันมีขนาด 90 เตียง และยังได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียงในจังหวัดหนองบัวลำภูซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลโนนสังในช่วงแรกผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านทางด้านศัลยกรรมทั่วไปเมื่อ พ.ศ. 2552 และได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศรีบุญเรือง การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดียังเป็นการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (Open Cholecystectomy: OC) เนื่องจากยังไม่มียกกล้องวิดิทัศน์ช่วยในการผ่าตัด ต่อมาจึงได้รับอนุมัติให้จัดซื้อกล้องวิดิทัศน์ การผ่าตัดจึงเริ่มพัฒนามาเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ซึ่งในการผ่าตัดผู้วิจัยได้เลือกที่จะใช้วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) เนื่องจากสามารถประหยัดทั้งค่าใช้จ่าย และกำลังคนคือผู้ช่วยในการผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 4 แผล ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบแรกเริ่มของการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ ดังนั้นการเลือกวิธีการผ่าตัดที่คุ้มค่า คุ้มทุนจะช่วยให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยและหน่วยบริการ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบข้อแตกต่างการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องและการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ

- 1) ระยะเวลาในการผ่าตัด
- 2) ปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัด

3) ระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมง

4) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดของการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากาการด้วยวิธีการแบบเปิดช่องท้อง (Open Cholecystectomy: OC) และการผ่าตัดแบบผ่าด้วยกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports Laparoscopic Cholecystectomy: Three-ports LC) ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective analytical study) โดยผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากาการ ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ OC และผ่าตัดแบบ Three-ports LC ที่โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 จนถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 303 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการเก็บข้อมูลโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบ OC และการผ่าตัดแบบ Three-ports LC ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 จนถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ที่โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 303 คน ใช้วิธีสุ่มการอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 83 ราย⁽¹³⁾ ซึ่งเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มจะได้กลุ่มที่ผ่าตัดแบบ OC จำนวน 35 ราย และผ่าตัดแบบ Three-ports LC จำนวน 48 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) ผู้ป่วยทุกรายต้องมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัดเพื่อที่วิสัญญีพยาบาลจะสามารถดมยาสลบเพื่อผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยเนื่องจากที่โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ยังไม่มีวิสัญญีแพทย์ประจำโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยต้องเป็นกลุ่มผู้ป่วยนี้ในถุงน้ำดีชนิดที่มีอากาการเท่านั้น 3) ผู้ป่วยต้องไม่เคยมีอากาการอักเสบของถุงน้ำดีมาก่อน 4) ผู้ป่วยต้องไม่มีนิ่วในท่อ



น้ำดีและไม่เคยผ่าตัดช่องท้องมาก่อน 5) ผู้ป่วยจะต้องไม่ใช่กลุ่มที่ต้องเปลี่ยนแปลงการผ่าตัดจากการผ่าตัดแบบ Three-ports LC มาเป็นแบบ OC ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีนิ่วในท่อน้ำดี 2) ผู้ป่วยมีการอักเสบเฉียบพลันขณะผ่าตัด 3) ผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ไม่สำเร็จและต้องเปลี่ยนการผ่าตัดมาเป็นแบบเปิดช่องท้อง 4) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคประจำตัวมากเกินไปจนสภาวะของวิสัญญีพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1) เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่มีการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและรายละเอียดการรักษาของผู้ป่วยทุกราย

2) แบบบันทึกข้อมูลด้านคุณลักษณะบุคคล ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัด ระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

3) วิธีการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (OC)

ผู้วิจัยเลือกวิธีการลงแผลผ่าตัดแบบ Right Subcostal incision คือเปิดแผลให้กว้างให้เห็นถุงน้ำดีและ Hepatoduodenal ligament ให้ชัดเจน ใช้ swab เข้าไปดันอวัยวะใกล้เคียงออกแล้วใช้ retractor ดึงขึ้นและลง เพื่อให้เห็นบริเวณที่ผ่าตัดชัดเจน ถ้าถุงน้ำดีโป่งมากจะเจาะเอาน้ำดีออก เลาะเอา omentum หรืออวัยวะที่ติดกับถุงน้ำดีออก เลาะเข้าหา cystic duct และ cystic artery อย่างระมัดระวังโดยการจับที่ fundus of gallbladder แล้วดึงไปด้านหน้าและบน (anterior and superior) และดึง infundibulum ไปทางด้านล่างและข้าง (inferior and lateral) จะเห็น Calot's triangle ผู้วิจัยจะใช้วิธี fundus first technique คือการเลาะบริเวณ fundus ก่อน โดยที่ cystic duct และ cystic artery ตัดทีหลัง การตัด cystic duct ต้องระมัดระวังไม่ให้น้ำดีรั่วโดยการผูกด้วยไหม 2 เส้นทั้ง cystic duct และ cystic artery อาจใช้น้ำเกลือล้างบริเวณที่ผ่าตัดให้มีสิ่งสกปรกมาก และทำการเย็บปิดแผลทีละชั้น

4) วิธีการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล

(Three-ports LC)

จัดผู้ป่วยอยู่ในท่า Supine, Reverse Trendelenberg position ได้ 10 มิลลิเมตร Trocar ได้สะดือเล็กน้อย โดย open techniques (Hassan's techniques) เพื่อใส่ Video laparoscope และ 3 เซนติเมตร ได้ต่อ Xiphisternum lateral to falciform ligament และ 5 มิลลิเมตร ได้ต่อ Cortal margin ในแนว Interior axillary line ศัลยแพทย์จะอยู่ด้านซ้ายมือของผู้ป่วย ผู้ช่วยจะจับกล้องอยู่บริเวณด้านล่างซ้ายมือของผู้ป่วย TV monitor จะอยู่ด้านขวาบนของผู้ป่วย การผ่าตัดจะใช้มือขวาจับ dissecting instruments บริเวณ Xiphisternum port มือซ้ายจะจับ grasping instrument ใช้ two hand technique จับ infundibulum ของ ถุงน้ำดี ดึงขึ้นไปทางด้านขวาและขึ้นข้างบนเพื่อจะ expose Calot's triangle dissection เพื่อ identify cystic duct และ cystic artery clipping cystic duct and divided หลังจากนั้น identify cystic artery, clipping and divided ถุงน้ำดี dissection จาก gall bladder bed, และนำถุงน้ำดีออกจาก Subumbilical port หลังจากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยในช่องท้องดึง Xiphisternumsubcostal port ออกแล้วทำการตรวจสอบว่ามีเลือดออกหรือไม่ ก่อนเย็บแผลปิดช่องท้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยหลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ซึ่งการดำเนินการต่างๆเป็นไปด้วยความระมัดระวัง โดยพิจารณาถึงความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมได้แก่ด้านเพศอายุระดับความเสี่ยงจากการดมยาสลบดัชนีมวลกายระยะเวลาในการผ่าตัดปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมง⁽¹⁴⁾ และระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดโดยตัวแปรด้านเพศกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Nominal scale ตัวแปรด้านอายุกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Ratio scale ตัวแปรด้านระดับความเสี่ยงจากการดมยาสลบกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Ordinal scale ตัวแปรด้านดัชนีมวลกายกำหนดเป็น



มาตรวัดแบบ Interval scale ตัวแปรด้านระยะเวลาในการผ่าตัดกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Ratio scale มีหน่วยเป็นนาที ตัวแปรด้านปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Ratio scale มีหน่วยเป็นมิลลิลิตร ตัวแปรด้านระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมงกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Interval scale มีหน่วยเป็นคะแนนโดยแปลผลคะแนน 1 – 3 คะแนน คือ ปวดเล็กน้อย 4 – 6 คะแนน คือ ปวดปานกลาง และ 7 – 10 คะแนน คือ ปวดรุนแรง⁽¹⁴⁾ ส่วนตัวแปรด้านระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดกำหนดเป็นมาตรวัดแบบ Ratio scale มีหน่วยเป็นวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจะถูกจัดบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนจะมีการวิเคราะห์และนำเสนอค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t test, Mann Whitney test และ Chi square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้เสนอเอกสารการวิจัยไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูแล้ว เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2563 ตามเอกสารโครงการวิจัยเลขที่ 07/2563 เอกสารรับรองเลขที่ 09/2563

สรุปและอภิปรายผล

1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Three-ports LC ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยมีจำนวน 35 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 72.92 และในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบ OC ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นเดียวกัน โดยมีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.71 ในส่วนของอายุ พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 53.96 ปี (S.D. =10.32) ในกลุ่มผ่าตัดแบบ Three-ports LC และมีอายุเฉลี่ย 54.77 ปี (S.D. =12.29) ในกลุ่มผ่าตัดในอุ้งน้ำดีแบบ OC ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) นอกจากนี้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงจากการดมยาสลบขณะผ่าตัด (ASA) สำหรับกลุ่มผ่าตัดแบบ Three-ports LC แล้วส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับ 2 จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.08 และมีความเสี่ยงในระดับ 3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.17 ส่วนกลุ่มผ่าตัดแบบ OC ส่วนใหญ่แล้วจะมีความเสี่ยงในระดับ 2 เช่นเดียวกัน โดยมีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.43 แต่ไม่พบความเสี่ยงในระดับ 3 ซึ่งการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีระดับความเสี่ยงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ในส่วนของดัชนีมวลกายของกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ Three-ports LC ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 Kg/m² ซึ่งมีจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 โดยเฉลี่ยแล้ว 23.95 Kg/m² (S.D. =3.78) ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบ OC ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 Kg/m² เช่นเดียวกัน โดยมีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.29 โดยเฉลี่ยแล้ว 24.06 Kg/m² (S.D. = 2.89) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

2) การเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดีชนิดมีอาการ

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดีชนิดมีอาการ พบว่า ระยะเวลาในการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) จะไม่พบผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมง โดยส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมงต่อราย โดยมีจำนวน 26 รายคิดเป็นร้อยละ 54.17 และอีกจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.83 ใช้ระยะเวลาเกิน 2 ชั่วโมงซึ่งทั้งหมดจะใช้ระยะเวลาผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 127.06 นาที (S.D. =38.97)



หากเมื่อพิจารณาการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (OC) มีจำนวนมากที่สุด 19 รายที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมงเช่นเดียวกันซึ่งคิดเป็นร้อยละ 54.29 รองลงมามีกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 และใช้เวลาเกิน 2 ชั่วโมง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ

17.14 ซึ่งทั้งหมดจะใช้ระยะเวลาผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 92.71 นาที (S.D. =48.59) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธีแล้วจะพบว่า การผ่าตัดแบบ Three-ports LC จะใช้ระยะเวลานานกว่าการผ่าตัดแบบ OC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางแสดงระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดิชนิดมีอาการ

เวลาในการผ่าตัด(นาที)	Three-ports LC(n=48)		OC(n=35)	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	0	0.00	10	28.57
1 – 2 ชั่วโมง	26	54.17	19	54.29
มากกว่า 2 ชั่วโมง	22	45.83	6	17.14
ภาพรวม	Mean=127.06 นาที(S.D. =38.97)		Mean=92.71นาที(S.D. =48.59)	

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดิชนิดมีอาการ

ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value*
ชนิดการผ่าตัด							
Three-ports LC	48	127.06	38.97	34.35	15.9 – 52.8	3.7	<0.001
OC	35	92.71	48.59				

*Independent t test

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Majeed AW, et al.⁽¹⁵⁾ ซึ่งพบว่าการผ่าตัดส่องกล้องวิดิทัศน์จะใช้เวลา 65 นาที ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ใช้เวลา 40 นาที หรือการศึกษาของ McMahon, et al.⁽¹⁶⁾ พบว่า การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ใช้เวลาน้อยกว่าการผ่าตัดส่องกล้องวิดิทัศน์ 14 นาที และ Lujan JA, et al.⁽¹⁷⁾ พบว่า ระยะเวลาในการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดิแบบส่องกล้องวิดิทัศน์เฉลี่ย 88 นาที ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 77 นาที ซึ่งเหตุผลหลักที่การผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) ใช้เวลานานกว่าการผ่าตัดแบบเปิด

ช่องท้อง (OC)เกี่ยวข้องกับ ความชำนาญและประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยผ่าตัด และศัลยแพทย์ที่ต้องใช้ความระมัดระวังในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผลนั้น นับว่าเป็นวิธีการผ่าตัดที่ยังไม่เคยมีในโรงพยาบาล นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนางานด้านศัลยกรรม นอกจากนี้ศัลยแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยผ่าตัดยังต้องใช้เวลาเพื่อฝึกฝนให้เกิดความชำนาญมากขึ้น และเมื่อมีประสบการณ์และความชำนาญมากขึ้นจะสามารถลดระยะเวลาในการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผลลงได้

3) การเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในอุ้งน้ำดิชนิดมีอาการ



การเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากา พบว่าปริมาณเลือดที่เสียไปในระหว่างการผ่าตัดแบบ Three-ports LC จะไม่พบผู้ป่วยที่เสียเลือดมากกว่า 100 มิลลิลิตร ส่วนใหญ่จะเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดน้อยกว่า 10 มิลลิลิตรซึ่งมีจำนวน 27 รายคิดเป็นร้อยละ 56.25 และอีกจำนวน 20 รายจะเสียเลือดอยู่ระหว่าง 11 – 50 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 41.67 มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่เสียเลือด 51 – 100 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 2.08 ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยจะเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 12.36 มิลลิลิตร (S.D. =14.34) หากเมื่อพิจารณาการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (OC) มีจำนวนมากที่สุด 25 รายที่จะเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดจำนวน

11 – 50 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 71.43 และอีกจำนวนสามารถพบการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดได้แตกต่างกันจำนวน 101 – 200 มิลลิลิตร จำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 14.29 เสียเลือดระหว่าง 51 – 100 มิลลิลิตร จำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 8.57 และเสียเลือด จำนวนมากกว่า 200 มิลลิลิตร จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 ตามลำดับ ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยจะเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 86.00 มิลลิลิตร (S.D. =100.06) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธีแล้วจะพบว่า การผ่าตัดแบบ Three-ports LC จะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดได้น้อยกว่าการผ่าตัดแบบ OC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากา

ปริมาณเลือดที่เสียไป ระหว่างการผ่าตัด	Three-ports LC (n=48)		OC (n=35)		p-value
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	
น้อยกว่า 10 มิลลิลิตร	27	56.25	0	0.00	<0.001
11-50 มิลลิลิตร	20	41.67	25	71.43	
51-100 มิลลิลิตร	1	2.08	3	8.57	
101-200 มิลลิลิตร	0	0.00	5	14.29	
มากกว่า 200 มิลลิลิตร	0	0.00	2	5.71	
	Mean 12.36 (S.D. 14.34)		Mean 86.00 (S.D. 100.06)		
ภาพรวม	Median 5 (Min.=0, Max.=70)		Median 50 (Min.=20, Max.=450)		
	(P ₂₅ 5, P ₇₅ 15)		(P ₂₅ 45, P ₇₅ 96)		

ผลการเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่เสียไประหว่างการผ่าตัด มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suuronen S et al.⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดและปริมาณเลือดที่ต้องให้ทดแทนหลังการผ่าตัดพบว่า ในกลุ่มผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ต้องให้เลือดทดแทนร้อยละ 1.3 ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องต้องให้เลือดทดแทนร้อยละ 13 ซึ่งเป็นการให้เลือดทดแทนปริมาณที่เสียไป ในปริมาณที่มากกว่าการผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์ เนื่องจากการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องจะมีขนาดแผลที่

ใหญ่กว่าการผ่าตัดด้วยกล้องวิดิทัศน์จึงทำให้มีโอกาสที่จะเสียเลือดได้มากกว่า

4) การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากา

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอากา พบว่าหลังการผ่าตัดแบบ Three-ports LC ไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดในระดับรุนแรง พบเพียงแต่ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่ 2 ชั่วโมงผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ



79.17 และมีส่วนน้อยจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.83 จะมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 ชั่วโมง สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดเล็กน้อยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 20.83 เป็นร้อยละ 25.00 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.83 ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมงและหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเพิ่มเป็นร้อยละ 83.33 จนกระทั่งภายใน 48 ชั่วโมงผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะมีอาการดีขึ้นเป็นร้อยละ 97.91 กล่าวคือมีระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับเล็กน้อยนั่นเอง

สำหรับระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดด้วยวิธี OC พบว่าหลังการผ่าตัด 2 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับรุนแรงโดยมีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.57 มีเพียง 4 ราย เท่านั้นที่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 11.43 นอกจากนี้แล้วที่ระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดในระดับรุนแรงจะมีค่าน้อยลงจากร้อยละ 88.57 เป็นร้อยละ 82.86 และลดลงเป็นร้อยละ 71.43 ที่ระยะเวลา 8 ชั่วโมง จนกระทั่งผ่านไป 24 ชั่วโมงยังพบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดในระดับรุนแรงร้อยละ 65.71 และที่ 48 ชั่วโมงยังมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดในระดับรุนแรงร้อยละ 51.43 ซึ่งถือว่าเกินครึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีนี้

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอาการ ด้วยการผ่าตัดทั้ง 2 วิธีนี้ พบว่า ระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) จะน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (OC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่เวลา 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอาการ

ระดับความเจ็บปวด หลังการผ่าตัด	Three-ports LC (n=48)									
	2 ชั่วโมง		4 ชั่วโมง		8 ชั่วโมง		24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1-3 (ปวดเล็กน้อย)	10	20.83	12	25.0	22	45.83	40	83.33	47	97.91
4-6 (ปวดปานกลาง)	38	79.17	36	75.0	26	54.17	8	16.67	1	2.09
ระดับความเจ็บปวด หลังการผ่าตัด	Three-ports LC (n=48)									
	2 ชั่วโมง		4 ชั่วโมง		8 ชั่วโมง		24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
7-10 (ปวดรุนแรง)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ภาพรวม	Mean 4.02		Mean 3.67		Mean 3.56		Mean 2.46		Mean 1.85	
	(S.D. 0.79)		(S.D. 0.63)		(S.D. 0.90)		(S.D. 0.58)		(S.D. 0.36)	
	Median 4		Median 4		Median 4		Median 2		Median 2	
	(Min.=2,Max.=5)		(Min.=2,Max.=4)		(Min.=3,Max.=5)		(Min.=2,Max.=4)		(Min.=2,Max.=4)	



ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคน้ำในถุงน้ำดีชนิดมีอาการ (ต่อ)

ระดับความเจ็บปวด หลังการผ่าตัด	OC (n=35)									
	2 ชั่วโมง		4 ชั่วโมง		8 ชั่วโมง		24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1-3 (ปวดเล็กน้อย)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	5.71
4-6(ปวดปานกลาง)	4	11.43	6	17.14	10	28.57	12	34.28	15	42.86
7-10 (ปวดรุนแรง)	31	88.57	29	82.86	25	71.43	23	65.71	18	51.43
ภาพรวม	Mean 8		Mean 7.34		Mean 7.06		Mean 6.91		Mean 6.40	
	(S.D. 1.44)		(S.D. 0.76)		(S.D. 0.64)		(S.D. 0.78)		(S.D. 1.31)	
	Median 8		Median 8		Median 7		Median 7		Median 7	
	(Min.=6,Max.=10)		(Min.=6,Max.=8)		(Min.=6,Max.=8)		(Min.=5,Max.=8)		(Min.=3,Max.=8)	
p-value	<0.001		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Enes H, et al.⁽¹⁹⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง ซึ่งพบว่าความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ น้อยกว่าการผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง แม้จะมีการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าที่แผลผ่าตัดร่วมด้วย และการศึกษาของ Hendolin HI, et al.⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาความต้องการยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ มีความต้องการยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง และการศึกษาของ Al Hadi FH, et al.⁽²¹⁾ พบว่า การผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์มีความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดน้ำในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณยาแก้ปวดในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ ที่ต้องการเป็น 0.01 ในขณะที่กลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง มีความต้องการยาแก้ปวดเท่ากับ 5

5) การเปรียบเทียบระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคน้ำในถุงน้ำดีชนิดมีอาการ

การเปรียบเทียบระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคน้ำในถุงน้ำดีชนิดมี

อาการ พบว่าหลังการผ่าตัดแบบ Three-ports LC ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน โดยมีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา 4 วัน มีจำนวน 16 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่พบผู้ป่วยที่มีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลเกิน 5 วันขึ้นไป ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยจะมีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 3.33 วัน(S.D. =0.48) หากเมื่อพิจารณาการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (OC) มีจำนวนมากที่สุด 23 ราย ที่มีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 4 วัน โดยมีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.71 รองลงมาจะมีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 5 วันขึ้นไป จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 และพบได้เพียง 2 รายที่มีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 2 วัน คิดเป็นร้อยละ 5.71 ซึ่งโดยรวมแล้วผู้ป่วยจะมีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้โดยเฉลี่ยต่อราย 4.20 วัน(S.D. =0.55) เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 วิธีแล้วจะพบว่า การผ่าตัดแบบ Three-ports LC จะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดได้น้อยกว่าการผ่าตัดแบบ OC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6



ตารางที่ 5 ตารางแสดงระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอาหาร

ระยะเวลาพักรักษาใน โรงพยาบาลหลังการผ่าตัด	Three-ports LC (n=48)		OC (n=35)	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
3 วัน	32	66.67	2	5.71
4 วัน	16	33.33	23	65.71
5 วันขึ้นไป	0	0.00	10	28.57
ภาพรวม	Mean 3.33 (S.D. 0.48)		Mean 4.20 (S.D. 0.55)	
	Median=3 (Min.=3, Max.=4)		Median= 4 (Min.=3, Max.=5)	

ตารางที่ 6 ตารางแสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีชนิดมีอาหาร

ระยะเวลาพักรักษา ในโรงพยาบาล(วัน)	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value*
ชนิดการผ่าตัด							
Three-ports LC	48	3.33	0.48	0.90	0.70 – 1.10	7.90	<0.001
OC	35	4.20	0.55				

* Independent t test

จากผลการวิจัยได้สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาเช่น Al Hadi FH, et al.⁽²¹⁾ พบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์เฉลี่ย 3.1 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 8 วัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rubert CP, et al.⁽²²⁾ พบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์สั้นกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยที่การผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 2.01 วัน และการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง 2.95 วัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับLujan JA, et al.⁽¹⁷⁾ ที่ได้ศึกษาพบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์สั้นกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 3.3 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด 8.1 วัน

จากการศึกษานี้ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น การบาดเจ็บของท่อน้ำดีรวม การบาดเจ็บของเส้นเลือดแดงที่ตับ การบาดเจ็บของลำไส้ เป็นต้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดยังมีน้อยจึงต้องติดตามผลการผ่าตัดต่อไป พบเพียงภาวะแทรกซ้อนเล็กน้อยเช่น การติดเชื้อในท่อน้ำดีในตับ แต่ก็สามารถแก้ไขได้ โดยการให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดหรือการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องวิดิทัศน์ไม่สำเร็จต้องเปลี่ยนมาผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องก็พบได้บ้างเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากไม่สามารถเห็นกายวิภาคของท่อน้ำดีได้ชัดเจน แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้นำมาเข้ากลุ่มการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้เริ่มทำการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์เป็นรายแรกเมื่อ มกราคม พ.ศ. 2555 ซึ่งนับว่าเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์สำเร็จเป็นรายแรก โดยจะทำผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนี้ในถุงน้ำดีแบบมีอาหารยังไม่เคยมีการอักเสบ ของถุงน้ำดี



มาก่อน ประกอบกับในปัจจุบัน โรงพยาบาลยังไม่มี วิทยาลัยแพทยมีเพียงวิทยาลัยพยาบาลเท่านั้น ทำให้การ ผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจากการดมยาสลบสูงนั้นยังไม่สามารถทำได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างของการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล ยังมีน้อย แต่ในปัจจุบันนี้ผู้วิจัยได้ทำการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ในกลุ่มผู้ป่วยนี้ในถุงน้ำดีที่เคยมีการอักเสบของถุงน้ำดี ร่วมด้วย ผู้ป่วยมะเร็งถุงน้ำดีระยะเริ่มต้น และกลุ่มผู้ป่วยที่มีติ่งเนื้อในถุงน้ำดีเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากศักยภาพและประสบการณ์ของทีมผ่าตัด มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อนที่จะมีการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์นั้น การผ่าตัดโรคของถุงน้ำดีเป็นการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทั้งหมดนับตั้งแต่ผู้วิจัยจบการศึกษาแพทย์ประจำบ้านสาขาสัลยกรรมทั่วไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 จนกระทั่งโรงพยาบาลได้จัดซื้อกล้องวิดิทัศน์ในปีพ.ศ. 2556 การผ่าตัดจึงเริ่มพัฒนามาเป็นการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน

ต้นทุนในการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์นั้นสูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ในโรงพยาบาล พบว่า ต้นทุนของการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล ประมาณ 45,000 บาทต่อราย ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีต้นทุนประมาณ 22,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Silverstein A, et al.⁽²³⁾ ที่พบว่า การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์มีต้นทุน 2,664.47 ดอลลาร์สหรัฐ ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีต้นทุน 2,058.72 ดอลลาร์สหรัฐ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Stoker ME, et al.⁽²⁴⁾ ที่พบว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์สูงกว่าการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื่องจากใช้เวลาในการ ผ่าตัดนานกว่า และค่าอุปกรณ์การผ่าตัดที่มากกว่า

สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งน่าจะมีบริบทและสถานะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงได้

คิดค้นวิธีการลดต้นทุนในการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์แบบ 3 แผล เป็นแบบประยุกต์ 3 แผล โดยการลดจำนวน Port ลงอีก 1 ตัวคือ Subcostal port โดยใช้การเจาะผิวหนังเข้าไปในช่องท้อง หลังจากนั้นใช้ Grasping instrument ใส่เข้าไปในช่องท้องและใช้จับ fundus of gallbladder โดยไม่มี Port จะสามารถช่วยลดจำนวน Port ลงไปได้ 1 ตัว และประหยัดต้นทุนในการผ่าตัดลงไปอีกประมาณ 4,200 บาทต่อราย แต่การผ่าตัดยังคงมีประสิทธิภาพเช่นเดิม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) ศัลยแพทย์สามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีวิทยาลัยแพทย ไม่มีหอผู้ป่วยหนัก (ICU) แต่ผู้ป่วยต้องมีระดับความเสี่ยงของการดมยาสลบ (ASA) ในระดับที่ไม่เกินขีดความสามารถของพยาบาลวิดิทัศน์

2) จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยภายใต้การดมยาสลบของวิทยาลัยพยาบาลนั้นยังมีค่อนข้างน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีน้อย แต่สำหรับโรงพยาบาลที่มีวิทยาลัยแพทยปฏิบัติหน้าที่ ประกอบกับการมีหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ที่โรงพยาบาลแล้วนั้น จำนวนผู้ป่วยที่สามารถทำการผ่าตัดได้ก็จะมีเพิ่มมากขึ้น และหากจะพิจารณาเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ยังจำเป็นต้องติดตามดูในอนาคตข้างหน้าเมื่อมีการผ่าตัดที่มากขึ้น

3) การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้อง (OC) ยังเป็นวิธีที่ยังคงปฏิบัติอยู่สำหรับบางโรงพยาบาล เช่น ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของนี้ในถุงน้ำดี ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดแบบส่องกล้องวิดิทัศน์ 3 แผล (Three-ports LC) ไม่สำเร็จ เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

1. Sun H, Tang H, Jiang S, Zeng L, et al. Gender and metabolic differences of gall bladder disease. *World J Gastroenterol*. 2009;15:1886-1891.
2. Everhart JE, Khare M, Hill M, et al. Prevalence and ethnic differences in gall bladder disease in the United States. *Gastroenterology*. 1999;117:632-639.
3. Miquel JF, Covarrubias C, Villaroel L, et al. Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Ameridians, and Maoris. *Gastroenterology* 1998;115:937-946.
4. Xu P, Yin XM, Zhang M, et al. Epidemiology of gall stone in Nanjing City in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*2004;25:928.
5. Everhart JE, Yeh F, Lee ET, et al. Prevalence of gall bladder disease in American Indian populations: finding from the Strong Heart Study. *Hepatology*. 2002;35:1507-1512.
6. Stiltmimankarnt T. Gallstones in autopsy. *Siraijhos Gas* 1966; 18:7-17.
7. Vidal O, Valentini M, Ginesta C, Espert JJ, Martinez G, et al. Single-Incision Versus Standard LaparoscopicCholecystectomy:Comperison of Surgical Outcfomes from a Single Institute. *J Laparoendose Adv Surg Tech A* 2011;21:683-6.
8. วชิระโรจน์พิศาลวงศ์. การส่องกล้องผ่าตัดถุงน้ำดี. *วชิรเวชสาร* 2534;35:35-38.
9. Soper NJ, Barteau JA, Clayman RV, Ashley SW, Dunnegan DL. Comparison of early postoperative result for laparoscopic versus standard open choleccysteetomy. *Surg GynecolObstet* 1992;174 : 114-118.
10. Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic cholecystectomy. Experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg* 1991 ; 214 :531 – 540.
11. Hannan EL, Imperato PJ, Nenner RP, et al. Laparoscopic and open cholecystectomy in New York State: mprtality, complications, and choice of procedure. *Suegery* 125:223-231.
12. Krahenbuhl L, Sclabas G, Wente MN, et al. Incidence, risk factors and prevention of biliary tract injuries during laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. *World J Surg* 25:1325-1330.
13. โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. รายงานผู้รับบริการผู้ป่วยในจำแนกรายโรค. หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลศรีบุญเรือง. 2560.
14. PortenoyRK & Tanner RM. Pain Management: Theory and Practice.Oxford University Press, Inc. 1996.
15. Majeed AW, Troy G, Nicholl JP, et al. Randomised, prospective, single-blind comparisoin of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. *Lancet* 1996; 347: 989-994.
16. McMahon AJ, Russell IT, Baxter JN, et al. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomized trial. *Lancet* 1994; 343: 135-138.
17. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, et al. Laparoscopic cholecystectomy vs open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: a prospective study.*Arch Sure*. 1998 FEB;133(2):173-175.



18. Suuronen S, Kivivuori A, Tuimala J, et al. Bleeding complication in cholecystectomy: a register syudy of over 22,000 cholecystectomies in Finland. BMC Sure. 2015 Aug 13;15:97.doi:10.1186/s12893-015-0085-2.
19. Enes H, SemirI, Sefik H, et al. Post operative pain in open vs. laparocdopic cholecystectomy with and without local application of anaesthetic. Med Glas (Zenica). 2011 Aug;8(2):243-248.
20. HendolinHI, Paakonen ME, et al. Laparoscopic or open cholecystectomy: a prospective randomized trial to compare postoperative pain, pulmonary function, and stress response. Eur J Sure. 2000 May; 166(5):394-399.
21. Al Hadi FH, Chiedozi LC, et al. Comparison of laparoscopic and open cholecystectomy at Prince Abdulrahman Al Sudairy Hospital, Saudi Arabia. East Afr Med J. 1998 Sep;75(9):536-539.
22. RubertCP, Higa RA, Farias Fv. Comparison between open and laparoscopic elective cholecystectomy in elderly, in a teaching hospital. Rev Col Bras Cir. 2016 Feb;43(1):2-5.
23. Silverstein A, Costas-Chavarri A, et al. Laparoscopic Versus Open Cholecystectomy: A cost-Effectiveness Analysis at Rwanda Military Hospital. World J Surg. 2017 May;41(5):1225-1233.
24. Stoker ME, Vose J, O'Mara P, et al. Laparoscopic cholecystectomy. A clinical and financial analysis of 280 operations. Arch Surg. 1992 May;127(5):589-594; discussion 594-595.



ผลการดูแลผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี

Clinical Outcome of Diabetic Foot Clinic at Department of Physical Medicine and Rehabilitation Saraburi Hospital

Received: October 28, 2021

Revised: December 13, 2021

Accepted: December 14, 2021

มัทนา สารีคำ¹ และ กุลนาถ มากบุญ²

Mattana Sareekam¹ and Kunlanat Makboon²

บทคัดย่อ

การดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่แผนก ระหว่างตุลาคม 2561 ถึงมีนาคม 2564 จำนวน 51 คน ศึกษาโดยการทบทวนบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยและสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตทางโทรศัพท์ ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.2 ± 10.8 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ผู้ป่วย 27 คนมีแผลขณะแรกเข้าคลินิกซึ่งมีจำนวนแผลรวมกันทั้งสิ้น 29 แผล โดยร้อยละ 74.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับรักษาจากคลินิกอย่างน้อย 1 ปี มีผลลัพธ์การรักษาในทางที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหรือผู้ป่วยถูกตัดขาทั้งระดับเหนือเข่าและได้เข่าเป็นศูนย์ อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้าอัตราส่วนร้อยละ 3.9 และต้องได้รับการผ่าตัดอัตราร้อยละ 9.8 นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 72.4 ของแผลเท้าเบาหวานทั้งหมดหายในช่วงระยะเวลา 1 ปี โดยมีอัตราการเกิดแผลใหม่ร้อยละ 7.8 และอัตราการเกิดแผลซ้ำร้อยละ 5.9 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยสรุปการดูแลแผลที่เท้าที่ดีสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการวิจัยครอบคลุมทุกด้าน

คำสำคัญ: เท้าเบาหวาน, แผลที่เท้า, ผู้ป่วยเบาหวาน, การตัดขา, คุณภาพชีวิต

¹ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

¹ Department of Rehabilitation Medicine, Saraburi hospital

² Sirindhorn College of Public Health, Supanburi



Abstract

A good care of diabetic foot is important to reduce severe complication efficiently. This retrospective descriptive study aimed to study clinical outcomes of patients treated at diabetic foot clinic at the department of physical medicine and rehabilitation, Saraburi hospital. The sample was patients who continuously attended the diabetic foot clinic for at least 1 year from October, 2018 to March, 2021. In total, 51 patients were included in this study. The medical records were reviewed and patients were interviewed to assess the quality of life by telephone using WHOQOL-BREF-THAI questionnaire.

The results revealed that the mean age of patients was 55.2 ± 10.8 years. Most of the patients were considered as high risk category to future ulcer. In addition, there were 27 patients which had total 29 ulcers combined. Clinical outcomes of patients treated at diabetic foot clinic at least one year showed percentage of good outcome as 74.5% (with no complication). The rate of patient died from the complication of foot ulcer or patient majorly amputated was 0. However, there were some patients had toe amputation with the rate of 3.9% and some were underwent surgical procedures with the rate of 9.8. Moreover, 72.4% of ulcers were healed by one year, 7.8% of patients developed new ulcers and 5.9% of patients had recurrent ulcers, respectively. For the quality of life, most of the patients were at moderate level. Conclusively, diabetic foot care can reduce complication and further qualitative research can cover all aspects of detail.

Keyword: Diabetic foot, Ulcer, Diabetic patient, Amputation, Quality of life

บทนำ

แผลเท้าเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานพบได้ร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และยังเป็นสาเหตุหลักของการถูกตัดขาถึงร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่ถูกตัดขาที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณภาพชีวิตอีกด้วย การเกิดแผลและการถูกตัดขามีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดที่คล้ายกัน โดยแผลเท้าเบาหวานนั้นเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกันและมีปัจจัยเสี่ยงหลักคือ 1. ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการเกิดแผลเท้าที่พบได้บ่อยที่สุด

ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้ที่เท้าส่งผลทำให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงที่เท้าผิดพลาดทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำๆที่เท้า และทำให้กล้ามเนื้อในเท้าอ่อนแรงไม่สมดุล ฝ่อลีบเกิดการผิดรูปของเท้า ส่งผลให้การกระจายน้ำหนักที่ฝ่าเท้าผิดปกติเกิดเป็นหนังด้านแข็ง และเกิดการเสียดสีกับรองเท้าทำให้เกิดแผล 2. ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ทำให้อวัยวะส่วนปลายขาดเลือดและขาดออกซิเจน นำไปสู่การถูกตัดขาได้ 3. แรงกดทับ ทำให้เกิดการบาดเจ็บได้หลายกลไก เช่น 1) แรงกดน้อย-ระยะเวลานาน เช่น การใส่รองเท้าที่คับเกินไปนานๆหลายชั่วโมง 2) แรงปานกลาง



ที่เกิดเป็นระยะๆ เช่น การเกิดแผลที่หัวกระดูก Metatarsal ซึ่งเป็นจุดที่รับน้ำหนักมากกว่าจุดอื่นในวงจรการเดินหรือการเกิดแผล 4. การติดเชื้อที่แผล เมื่อประกอบกับภาวะเส้นเลือดตีบและการลงน้ำหนักผิดปกติโดยไม่รู้ตัวทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน การติดเชื้อลุกลาม และถูกตัดเท้าได้⁽²⁾

จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลเท้าผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญจะต้องมีทั้งความรู้ทางการแพทย์และมีความเข้าใจในหลักชีวกลศาสตร์ของเท้า นอกจากนี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและเป็นองค์รวมสามารถลดอัตราการถูกตัดขาได้ถึงร้อยละ 49-85⁽³⁾ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการดูแลผู้ป่วยของคลินิกเท้าเบาหวานที่นำหลักการดังกล่าวมาใช้นั้นให้ผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี เช่น คลินิกเท้าเบาหวาน ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽⁴⁾

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรีได้นำความรู้ด้านชีวกลศาสตร์เท้า⁽²⁾ และได้ประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติจากหลายแหล่ง เช่น สมาคมเท้าเบาหวานโลก⁽⁵⁾ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย⁽⁶⁾ และได้ นำความรู้เรื่องแผลและการเลือกใช้อุปกรณ์^(7,8) และความรู้เรื่องกายอุปกรณ์^(9,10,11) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวาน โดยมีกระบวนการดูแลซึ่งประกอบด้วยหลายกระบวนการ เช่น การซักประวัติ การตรวจประเมินผิวหนังเท้าและเส้น การประเมินรองเท้าของผู้ป่วย การประเมินการรับรู้ความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าด้วย 10 g Monofilament test หรือ Toe touch test⁽¹²⁾ การตรวจหลอดเลือดส่วนปลายเท้าโดยคลำชีพจร

หรือ Ankle brachial index (ABI) การประเมินแรงกดทับที่เท้า การจำแนกความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า การให้ความรู้ การดูแลเท้าด้วยตนเอง รวมถึงให้คำแนะนำในการเลือกรองเท้าและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเท้าเบาหวานอย่างมีขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย การแยกชนิดแผลที่เท้า เลือกรักษา ปฏิชีวนะ ตกแต่งแผล ทำความสะอาดแผลโดยวัสดุทำแผลพิเศษ และให้การดูแลโดยการลดแรงกระทำที่จุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (Off-loading) ด้วยวิธีต่างๆ ตามแนวทางที่ได้วางไว้ เนื่องจากทางกลุ่มงานต้องการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งเป็นการเสริมหรือทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยนำข้อดีของแต่ละแนวทางปฏิบัติมาประยุกต์รวมกันเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเท้าเบาหวานของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี

จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มี การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ การศึกษาเรื่องผลการดูแลผู้ป่วยเท้าเบาหวานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรีจึงเป็นการนำข้อมูลจากการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกมาวิเคราะห์และดูผลลัพธ์จากการรักษาตามแนวทางที่แผนกได้ใช้กับผู้ป่วยรวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการจากคลินิก เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาลคลินิกเท้าเบาหวานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกเท้าเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในคลินิกเท้าเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการคลินิกเท้าเบาหวานกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลสระบุรีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 มีนาคม 2564 จำนวน 64 คน

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 51 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 2) ผู้ป่วยที่มารับบริการต่อเนื่องในคลินิกอย่างน้อย 1 ปี และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลที่บ้านที่ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนผู้ป่วยในคลินิกเท้าเบาหวาน ข้อมูลจากเวชระเบียนเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าได้ถูกนำมาสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวาน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เป็นต้น

ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินเรื่องการเกิดแผลและความเสี่ยงของผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ ประวัติแผลที่เท้า ประวัติการถูกตัดขา เท้า หรือนิ้วเท้า ประวัติการมีแผลในปัจจุบัน ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเท้าเบาหวาน (International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF ulcer risk) ซึ่งแบ่งระดับการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ

กลุ่มความเสี่ยงต่ำมาก (CAT 0) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาหรือเท้าและประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย 10 g Monofilament ให้ผลปกติและวัดชีพจรเท้าได้ปกติหรือวัด Ankle brachial index (ABI) ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.9

กลุ่มเสี่ยงต่ำ (CAT 1) คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแผลที่เท้าหรือถูกตัดขาหรือเท้า แต่ประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย 10 g Monofilament ให้ผลผิดปกติ หรือวัดชีพจรเท้าเบาลงหรือวัด Ankle brachial index (ABI) ได้น้อยกว่า 0.9

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (CAT 2) คือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงต่ำร่วมกับมีเท้าผิดปกติ

กลุ่มเสี่ยงสูง (CAT 3) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย 10 g Monofilament ให้ผลผิดปกติ หรือวัดชีพจรเท้าเบาลงหรือวัด Ankle brachial index (ABI) ได้น้อยกว่า 0.9 ร่วมกับมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งคือ เคยมีแผลที่เท้า เคยถูกตัดขาหรือเท้า หรือมีไตวายระยะสุดท้าย

1.2 ระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิก (เดือน) ขนาดแผล (ตารางเซนติเมตร) และตำแหน่งแผลโดยดูจากบริเวณที่เกิดแผล



2. ข้อมูลด้านผลการรักษาพยาบาล ได้แก่

2.1 อัตราการเสียชีวิตจาก
ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า/ตัดเท้า คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต
จากภาวะแทรกซ้อนจากแผลที่เท้า/ตัดเท้าต่อ
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.2 อัตราผู้ป่วยที่เกิดแผลใหม่ คือ
ผู้ป่วยที่เกิดแผลใหม่ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมด

2.3 อัตราผู้ป่วยที่เกิดแผลซ้ำ คือ
ผู้ป่วยที่เกิดแผลซ้ำต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมด

2.4 อัตราผู้ป่วยถูกตัดขาหรือเท้า
หรือนิ้วเท้า แยกเป็น อัตราผู้ป่วยที่ถูกตัดขาเหนือ
เข่าหรือต่ำกว่าเข่า (major amputation) คือ ผู้ป่วย
ที่ถูกตัดขาเหนือเข่าหรือต่ำกว่าเข่าในช่วง 1 ปี
หลังเข้าคลินิก ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
อัตราผู้ป่วยที่ถูกตัดขาด้านต่ำกว่าข้อเท้า (Minor
amputation) คือ ผู้ป่วยที่ตัดขาในระดับที่ต่ำกว่าข้อ
เท้าลงไปในช่วง 1 ปีหลังเข้าคลินิก ต่อจำนวน
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

**2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การ
อนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-
BREF-THAI)⁽¹³⁾** ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด
26 ข้อคำถาม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและ
สุขภาพโดยรวม ซึ่งจะประเมินองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกายด้าน
จิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่ง
แวดล้อม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 26 - 130
คะแนน การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตแบ่งตาม

ระดับช่วงคะแนนโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่
ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) ปานกลาง (61- 95
คะแนน) และดี (96 - 130 คะแนน) เครื่องมือนี้มี
ระดับความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient
เท่ากับ 0.8406 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.6515

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
ในการคำนวณ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean)
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD)
และค่ามัธยฐาน (Median) สำหรับข้อมูลพื้นฐาน
ของผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวาน และการหาคะแนน
ของแต่ละองค์ประกอบและคะแนนรวมสำหรับ
การหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้
วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการทดสอบ
Fisher's exact ระหว่างการหายของแผลกับ
ระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิกและ
ความสัมพันธ์ระหว่างการหายของแผลกับขนาด
ของแผล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการ
วิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี รหัสโครงการ
SRBR64-019 เลขที่หนังสือรับรอง EC019/22564

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี
(SD = 10.8) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.5 กก./ม² (SD =
4.9) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เริ่มเป็นโรคอ้วนและผู้ป่วย
ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการในคลินิกเท้าเบาหวาน (N = 51)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	26 (51.0)
หญิง	25 (49.0)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) เท่ากับ 55.2 $\pm$ 10.8	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม ²) ค่าเฉลี่ย (Mean $\pm$ SD) เท่ากับ 27.5 $\pm$ 4.9	
ประเภทชนิดเบาหวาน	
เบาหวานชนิดที่ 1	1 (2.0)
เบาหวานชนิดที่ 2	50 (98.0)

จากการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าคลินิกเท้าเบาหวาน พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเคยมีแผลที่เท้าแต่มีส่วนน้อยที่เคยถูกตัดขา อย่างไรก็ตามประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเคยถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้ามาแล้วซึ่งจากการประเมิน

ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลตามเกณฑ์สมาคมเท้าเบาหวาน โลก (IWGDF ulcer risk) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (CAT 3) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลเรื่องการเกิดแผลและความเสี่ยงของผู้ป่วยแรกรับ (N = 51)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยเคยมีแผลที่เท้า	31 (60.8)
ผู้ป่วยเคยถูกตัดนิ้วเท้าหรือเท้า	14 (27.4)
ผู้ป่วยเคยถูกตัดขา	
เคยถูกตัดขาระดับใต้เข่า	6 (11.8)
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผล (IWGDF ulcer risk)	
ความเสี่ยงต่ำ (CAT 1)	10 (19.6)
ความเสี่ยงปานกลาง (CAT 2)	3 (5.9)
ความเสี่ยงสูง (CAT 3)	38 (74.5)



นอกจากนี้จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อแรกได้รับพบจำนวนแผลทั้งหมดจากผู้ป่วยทุกคนรวมกัน 29 แผล จากผู้ป่วยทั้งหมด 27 คน (ร้อยละ 53) (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตารางที่ 3) โดยขนาดแผลที่พบเป็นแผลขนาดเล็กก็มีขนาดน้อยกว่า 2 ตารางเซนติเมตร ซึ่งค่ามัธยฐานของขนาดแผล

ผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ 1.5 ตารางเซนติเมตร (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตารางที่ 3) และพบว่าระยะเวลาการเกิดแผลก่อนเข้าคลินิกของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 3 เดือน โดยตำแหน่งที่เกิดแผลส่วนใหญ่ ได้แก่ นิ้วเท้า หัวกระดูก Metatarsal และฝ่าเท้า โดยเกือบครึ่งหนึ่งของแผลที่พบเป็นแผลติดเชื้อ

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแผลของผู้ที่มีแผลขณะแรกได้รับ (N=29)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ขนาดแผล (ตารางเซนติเมตร, ซม ²)	
≤ 2	17 (58.6)
2-4	6 (20.7)
≥ 4	6 (20.7)
ระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิก (เดือน)	
≤ 1	9 (31.0)
1-3	5 (17.3)
≥ 3	15 (51.7)
ตำแหน่งแผล	
นิ้วเท้า	9 (31.0)
หัวกระดูก Metatarsal	7 (24.2)
ฝ่าเท้า	8 (27.6)
สันเท้า	1 (3.4)
หลังเท้า	4 (13.8)
การเกิดแผลติดเชื้อ	14 (44.8)



ตารางที่ 4 ผลการดูแลผู้ป่วยในคลินิกเท้าเบาหวานในช่วง 1 ปีหลังเข้ารับบริการจากคลินิก (N = 51)

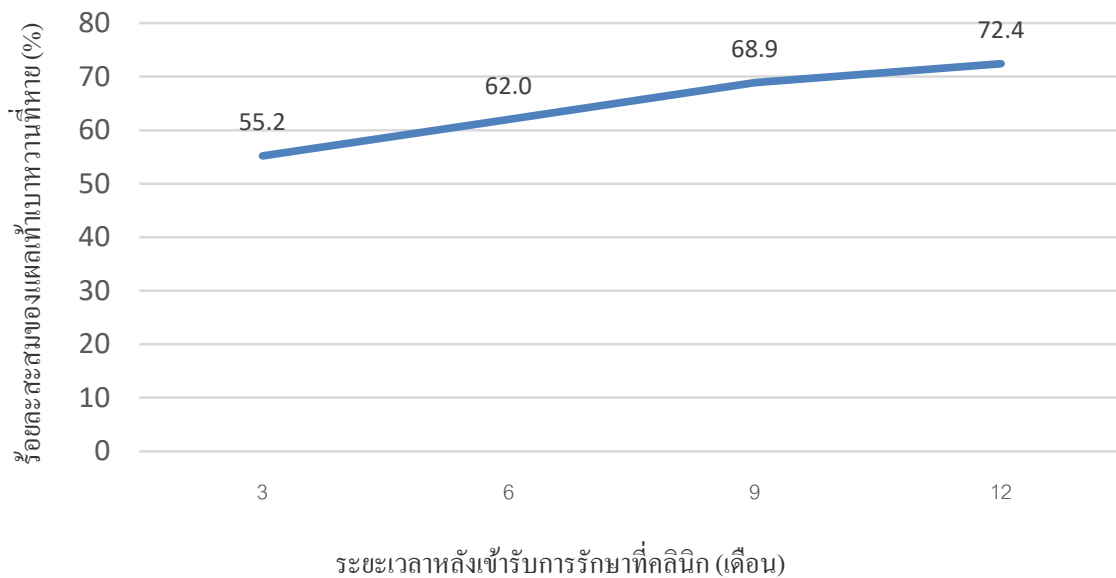
ผลการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้า/ตัดเท้า	0 (0)
ผู้ป่วยถูกตัดขาหรือเท้าหรือนิ้วเท้า	
ผู้ป่วยถูกตัดขาเหนือเข่าหรือต่ำกว่าเข่า (Major amputation)	0 (0)
ผู้ป่วยถูกตัดขาด้านล่างข้อเท้า (Minor amputation)	2 (3.9)
ผู้ป่วยต้องเข้ารับหัตถการเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	5 (9.8)
ผู้ป่วยที่เกิดแผลใหม่	4 (7.8)
ผู้ป่วยที่เกิดแผลซ้ำ	3 (5.9)

จากการทบทวนเวชระเบียนในเรื่องของผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกเท้าเบาหวานในช่วง 1 ปี หลังเข้ารับบริการจากคลินิก พบว่าผู้ป่วย 38 คน (ร้อยละ 74.5) มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตารางที่ 4) นอกเหนือจากผู้ป่วย 38 คนนี้ไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้า/ตัดเท้าหรือมีอัตราตายเท่ากับศูนย์ แต่พบผู้ป่วย 13 คนเกิดอาการแทรกซ้อน ทั้งนี้มีผู้ป่วย 1 คน ที่มีอาการแทรกซ้อนมากกว่าหนึ่งประเภทคือเกิดแผลใหม่และต้องเข้ารับหัตถการ ดังตารางที่ 4 โดยอาการแทรกซ้อนที่พบนั้นพบผู้ป่วยถูกตัดขาด้านล่างข้อเท้าซึ่งจัดเป็นการตัดอวัยวะในระดับไม่รุนแรง (Minor amputation) ด้วยอัตราร้อยละ 3.9 เพียง 2 ราย อย่างไรก็ตามพบว่ามี

อัตราการเข้ารับหัตถการเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าประมาณร้อยละ 9.8 นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เกิดแผลใหม่และเกิดแผลซ้ำพบในอัตราส่วนร้อยละ 7.8 และ 5.9 ตามลำดับดังตารางที่ 4 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการหายของแผลกับระยะเวลาที่แผลหายในช่วง 1 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยที่พบแผลเมื่อแรกเริ่ม ซึ่งมีจำนวนแผลทั้งหมดรวมกัน 29 แผล พบว่ามีแผลที่หายทั้งสิ้นในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 21 แผล (ร้อยละ 72.4) โดยมีร้อยละสะสมของแผลที่หายกับระยะเวลาที่ 3, 6, 9, และ 12 เดือน ดังภาพที่ 1 โดยแผลที่หายมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการหายของแผลเท่ากับ 1.6 เดือน



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการหายของแผลและระยะเวลาหลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกเท้าเบาหวาน
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสระบุรี



ตารางที่ 5 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการคลินิกเท้าเบาหวาน (N = 34)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	23.8	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	21.5	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.3	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.2	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	90.9	ปานกลาง

เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่ามีผู้ป่วยเข้าร่วมการประเมินทั้งสิ้น 34 คน (ร้อยละ 67) ซึ่งแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 5

นอกจากนี้จากการหาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ Fisher's exact พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการหายของแผลกับระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิกที่น้อยกว่า 1 เดือน ($p = 0.03$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการหายของแผลกับระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิกที่มากกว่า 1 เดือน และยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการหายของแผลกับขนาดแผลที่มากกว่า 4 ตารางเซนติเมตร ($p = 0.03$) โดยพบว่าผู้ที่มี



ขนาดแผลที่มากกว่า 4 ตารางเซนติเมตร จะมีอัตราการหายน้อยกว่ากลุ่มอื่นอีกด้วย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ค่อนข้างจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลเบาหวาน มีโรคอ้วนและมีประวัติเคยมีแผลที่เท้ามาก่อนแล้วซึ่งมีบางส่วนของผู้ป่วยที่เคยได้รับการตัดขาแต่เป็นการตัดขาในระดับได้เข้าซึ่งเป็นระดับที่ไม่รุนแรงมาก (Minor amputation) อย่างไรก็ตามผลทางคลินิกในการดูแลรักษาเท้าของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นเวลา 1 ปี พบว่าไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนที่เท้า/ตัดเท้าและไม่พบผู้ป่วยที่ถูกตัดขาเหนือเข่าหรือต่ำกว่าเข่าเลย ซึ่งเป็นผลทางการรักษาที่ค่อนข้างดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Bangchokdee S. และคณะ (2013)⁽⁴⁾ และการศึกษาของ Joret MO. และคณะ (2019)⁽¹⁴⁾ ซึ่งยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตและถูกตัดขาอยู่ส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับหัตถการเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้า อัตราการเกิดแผลใหม่และแผลซ้ำที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ Bangchokdee S. และคณะ (2013)⁽⁴⁾ อีกด้วย สำหรับสัดส่วนของแผลเท้าเบาหวานที่หายในช่วงระยะเวลา 1 ปี นั้นพบว่ามีแนวโน้มในการหายของแผลที่ดีกว่าเนื่องจากมีสัดส่วนร้อยละสะสมของแผลเท้าเบาหวานที่หายในช่วงเวลา 3, 6 และ 9 เดือนที่มากกว่า การศึกษาดังกล่าวข้างต้น⁽⁴⁾ และเมื่อพิจารณาจำนวนแผลทั้งหมดที่หายในช่วงเวลาที่ศึกษาพบว่า มีอัตราส่วนการหายของแผลที่

ค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกับการศึกษาของ Hamon J. และคณะ (2010)⁽¹⁵⁾ และ Felipe R. และคณะ (2021)⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าค่ามัธยฐานขนาดแผลของการศึกษาครั้งนี้จะมีขนาดเล็กกว่า (1.5 ตารางเซนติเมตร) การศึกษาของ Bangchokdee S. และคณะ (2013)⁽⁴⁾ (1.98 ตารางเซนติเมตร) แต่พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของแผลทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดมากกว่า 2 ตารางเซนติเมตร และยังเป็นแผลติดเชื้อที่อยู่ตำแหน่งนิ้วเท้าซึ่งเป็นลักษณะของแผลที่มีการหายช้ากว่าแผลปกติ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การหายของแผลมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมีแผลก่อนเข้าคลินิกที่น้อยกว่า 1 เดือน รวมถึงพบว่าผู้ป่วยที่มีขนาดแผลที่มากกว่า 4 ตารางเซนติเมตร จะมีอัตราการหายน้อยกว่ากลุ่มอื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Margolis D. และคณะ (2000)⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การหายของแผลมีความสัมพันธ์กับขนาดของแผล และ Felipe R. และคณะ (2021)⁽¹⁶⁾ ที่รายงานว่า ระยะเวลาในการรักษาแผลเท้าเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญหากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์ภายใน 4 สัปดาห์หลังจากมีแผล ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมดทางด้านคลินิกนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในการรณรงค์ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เข้ามารับการดูแลที่คลินิกเท้าเบาหวานอย่างทันท่วงที ซึ่งทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติจากหลายแหล่ง เช่น สมาคมเท้าเบาหวานโลก สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย^(5,6) การดูแลแผล^(7,8) และความรู้เรื่องกายอุปกรณ์^(9,10,11) และขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยแผลเท้าเบาหวานของคลินิกประกอบด้วยหลาย



กระบวนการ เช่น การซักประวัติ การตรวจประเมินผิวหนังเท้าและเล็บ การประเมินรองเท้าของผู้ป่วย การประเมินการรับรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าด้วย 10 g Monofilament test หรือ Toe touch test⁽¹²⁾ การตรวจหลอดเลือดส่วนปลายเท้าโดยค่าชีพจรหรือ Ankle brachial index (ABI) การประเมินแรงกดทับที่เท้า การจำแนกความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า การให้ความรู้ การดูแลเท้าด้วยตนเองรวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการเลือกรองเท้าและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเท้าเบาหวานอย่างมีขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย การแยกชนิดแผลที่เท้าว่าเป็นแผลจากภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งต้องให้การรักษาด้วยการลดแรงกดที่เท้าหรือแผลจากหลอดเลือดส่วนปลายตีบซึ่งต้องส่งพบศัลยแพทย์ด้านหลอดเลือด การเลือกให้ยาปฏิชีวนะ ตกแต่งแผล ขูดหนังแข็งตาปลาและทำความสะอาดแผลโดยวัสดุทำแผลพิเศษเพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น และให้การดูแลโดยการลดแรงกระทำที่จุดเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า (Off-loading) ตามหลักชีวกลศาสตร์เท้าด้วยการทำอุปกรณ์พยุงอุ้งเท้าและฝ่าเท้าทั้งชนิดหล่อพิเศษเฉพาะรายและชนิดปรับตามความเหมาะสมของเท้า การทำและปรับรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การใช้พลาสติกตามข้อเท้าและ การฝึกลื่นเดินให้ลดน้ำหนักลงบนเท้าที่มีแผลซึ่งเป็นงานพิเศษเฉพาะของกลุ่มงาน โดยแนวทางดังกล่าวนี้เป็นแนวทางที่ทางกลุ่มงานได้ร่วมกันสรุปเพื่อให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ เหมาะสมกับผู้ป่วยเท้าเบาหวานแต่ละประเภทและดูแลปัญหาเท้าของผู้ป่วยได้ครบถ้วนเบ็ดเสร็จในคลินิกเดียวโดย

ทีมสหวิชาชีพส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยเท้าเบาหวานที่มาเข้ารับบริการจากกลุ่มงานเป็นไปในทิศทางที่ดี มีประสิทธิภาพและสามารถลดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเสียชีวิตจากแผลเท้าเบาหวาน และการตัดขาหรือนิ้วลงได้ ทั้งนี้ยังมีการดูแลที่รวดเร็วหลังการเกิดแผลหรือแผลเพิ่งเริ่มเป็น มีขนาดไม่ใหญ่มาก ยังทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ในด้านของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ทุกคน มีประมาณร้อยละ 67 ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในส่วนนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตครั้งนี้ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของสิริอร ชัยอ่อน (2562)⁽¹⁹⁾ การที่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีมิติทางสุขภาพที่อาจจะไม่สู้ดีนักอยู่แล้วประกอบกับในช่วงเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจมีไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพเท้าที่ดีและยังเป็นการลดความรุนแรงและ



ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดแผลที่เท้า ดังนั้นการได้รับการประเมินและดูแลรักษาจากคลินิกเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความจำเป็นและสำคัญมากในการลดอาการไม่พึงประสงค์และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในช่วงระยะเวลา 1 ปี แต่เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีพยาธิสภาพที่ดำเนินไปข้างหน้าจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแบบไปข้างหน้าในช่วงระยะเวลานานมากขึ้น ประกอบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็จะมีเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้อาจทำการศึกษาเรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มเติมเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางโดยการศึกษาเชิงคุณภาพ เช่น การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเห็นปัญหาที่แท้จริงเพื่อที่จะนำมาพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.อนันต์ กมลเนตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี ที่สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกเท้าเบาหวานกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และขอขอบคุณ พญ.พรพรรณ อังยุริกุล ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Nather A, Bee CS, Huak CY, Chew JL, Lin CB, Neo S, Sim EY. Epidemiology of diabetic foot problems and predictive factors for limb loss. J Diabetes Complications 2008 Mar; 22(2): 77-82.
2. ศิริพร จันทรฉาย. การดูแลเท้าเบาหวาน: การป้องกันการถูกตัดขา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2548; 49(3): 173-88.
3. Ortegon MM, Redekop WK, Niessen LW. Cost-effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot: a Markov analysis. Diabetes Care 2004 Apr; 27(4): 901-74.
4. Bangchokdee S, Tantisiriwat N, Janchai S. Clinical outcomes of Diabetic Foot Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2013; 57(4): 457-64.
5. Schaper NC, Netten JV, Apelquist J, Bus SA, Hinchiffe RA, Lipsky BA, editors. IWGDF Guidelines on the prevention and mangement of diabetic foot disease. n.p.: The international working group on the diabetic foot (IWGDF); 2019.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย; 2560.



7. Alexiadou K, Doupis J. Management of diabetic foot ulcer. *Diabetic Ther* 2012; doi10.1007/s13300-012-0004-9.
8. Power JG, Higham C, Broussard K, Phillips TJ. Wound healing and treat wounds: chronic wound care and management. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74: 607-25.
9. นวพร ชัชวาลพาณิชย์. ปัญหาของเท้าส่วนหน้าที่พบบ่อยและแนวทางการแก้ไขโดยวิธีทาง pedothic. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2548; 15(2): 60-9.
10. Messenger G, Masoetsa R, Tiussain I. A narrative review of the benefit and risks of total contact cast in the management of diabetic foot ulcers. *Journal of american college of clinical wound specialist* 2017; 9: 19-23.
11. Bus SA, Deursen RW, Kanade RV, Wissink M, Manning EA, Baal JG, et al. Plantar pressure relief in the diabetic foot using forefoot offloading shoes. *Gait & Posture* 2009; 29: 618-22.
12. Dutra, L.M.A., Moura, M.C., do Prado, F.A. et al. Is it possible to substitute the monofilament test for the Ipswich Touch Test in screening for peripheral diabetic neuropathy?. *Diabetol Metab Syndr* [Internet] 2020 [Cited 2020 Nov 23];27(12). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00534-2>.
13. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วณิดา พุ่มไพศาล, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, วราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL- BREF- THAI [Internet] 2545[ตี บ คั น เ มื อ 28 เม ษ า ย น 2564] จ า ก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
14. Joret Mo, Osman K, Dean A, Cao O, Werf BV, Bhamidipaty V. Multidisciplinary clinic reduce treatment costs and improve patient outcomes in diabetic foot clinic. *Journal of vascular surgery* 2019; 70(3): 806-14.
15. Hamon J, Verdie-Kessler C, Daviet J, Dehes E, Nguyen-Tloang C, Salle J, et al. Evaluation of a multidisciplinary consultation of diabetic foot. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2010; 53: 306-18.
16. Felipe R, Plata-Que T. Predictors of outcomes of foot ulcers among individuals with type 2 diabetes mellitus in an outpatient foot clinic. *Archives* 2021; 36(2). Doi: <https://doi.org/10.15605/jafes.036.02.14>.



17. Sorensen M, Jansen R, Fabricius T, Jorgensen B, Svendsen O. Healing of diabetic foot ulcers in patients treated at the Copenhagen Wound Healing Center in 1999/2000 and in 2011/2012. *Hindawi journal of diabetes research*. 2019; Article ID 6429575. Available from: <https://doi.org/10.1155/2019/6429575>.
18. Margolis J, Kantor J, Santanna J, Strom B, Berlin J. Risk factor for delayed healing of neuropathic ulcer diabetic foot ulcer: a pooled analysis. *Arch Dermatol*. 2000;136(12):1531-5. Doi:10.1001/archderm.136.12.1531. PMID:11115166.
19. สิริอร ข่อยน. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลเบาหวานเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา* 2562; 2(3): 12-21.



การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

The Risk Management in Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University
on the Change Management in the New Normal Organization

Received: October 05, 2021
Revised: November 17, 2021
Accepted: December 08, 2021

รณชัย คนบุญ¹, เพ็ญพูล บุญมี², ยงยุทธ บรรจง³

Ronnachai Khonboon¹, Poempool bunmee², Yongyuth bunjong³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบริหารงานด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ ศึกษาในกลุ่มผู้บริหาร อาจารย์/เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา 139 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการบริหารความเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารมีความคิดเห็นต่อการบริหารในองค์กรยุควิถีใหม่ ที่คำนึงการจัดการด้านความเสี่ยงมากที่สุด อาจารย์/เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา มีความคิดเห็นว่าการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติมากที่สุด และแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ เน้นการค้นหาข้อเท็จจริงของความเสี่ยง การจัดทำและใช้แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงด้วยมาตรการต่างๆ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการความเสี่ยง, การบริหารการเปลี่ยนแปลง, องค์กรยุควิถีใหม่

Abstract

The aim of this mixed method research was to develop a system, mechanism for managing risk management in the new normal organization, and apply the result of the analysis to adjust the risk plan for managing change in the new normal organization. Study in the administrator group Lecturers/staff and students of 139 people. The sample group took the questionnaire developed by the researcher according to the concept of risk management. Analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation and content analysis. Results of the study; the administrator group there are opinions on the management in the new normal organization. In terms of risk management, it is the best practice. The teachers/staff

^{1,2,3} อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์



and students' group there are opinions on the management in terms of promoting cooperation between agencies in the management of risks from the spread of the COVID-19 virus, this is the most practical aspect. And the guidelines for risk management in the new normal organization such as Risk fact-finding, Establishing and implementing risk assessment form, continuously analyze the risks and risk management with various measures.

Keywords: Risk management, Change management, new normal organization

บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกวันเฉลี่ยวันละ 250,000 - 290,000 ราย จากรายงานการสำรวจเมื่อวันที่ 21 กันยายน 2564 ประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับ คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย และบราซิล สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยยืนยันสะสม 1,500,105 ราย รักษาหาย 1,353,057 ราย รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล 131,655 ราย เสียชีวิตสะสมรวม 15,612 ราย เมื่อพิจารณาในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับ คือ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และชลบุรี พบผู้ติดเชื้อ 412,558, 126,223 และ 105,213 ราย ตามลำดับ สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์ พบผู้ติดเชื้อ 17,103 ราย⁽¹⁾ เป็นจังหวัดที่มีการบริหารจัดการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่รวดเร็ว เน้นการจัดการท่องเที่ยว และฟื้นฟูเศรษฐกิจ จึงมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ภายในจังหวัดได้ ผลจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบที่รุนแรง และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพจิต

ในช่วงของการระบาด พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น บุคลากรทางการแพทย์เกิดความท้อแท้กับงาน⁽²⁾ ผลกระทบด้านสังคมในพื้นที่สาธารณะ เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมลดลง และเปลี่ยนรูปแบบการติดต่อใหม่เป็นระบบออนไลน์⁽³⁾ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้การขยายตัวทางเศรษฐกิจมีแนวโน้มลดลง บางบริษัทลดจำนวนพนักงาน เกิดอัตราการว่างงานเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾ และผลกระทบต่อการศึกษา ทำให้ต้องเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนเป็นออนไลน์ บางสถาบันจำกัดผู้เรียนในห้องเรียนไม่เกิน 30 คน มีการสลับวันมาเรียน⁽⁵⁾ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกนโยบายให้สถานบริการด้านสุขภาพถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด เกิดแนวทางการปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนำไปปฏิบัติใช้ในองค์กรเพื่อขจัดปัญหาต่างๆ

เพื่อให้สามารถวางแผนการบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการตามแผนขององค์กรได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี ดำเนินการบนพื้นฐานของกิจกรรมหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ การบริหารความเสี่ยง การตรวจสอบภายใน การ



ควบคุมภายใน ซึ่งการบริหารความเสี่ยงจะช่วยให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการดำเนินการจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ในองค์ประกอบการประเมินเพื่อรับรองสถาบันการศึกษาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงได้นำกระบวนการจัดการบริหารความเสี่ยงมาใช้ในคณะ เป็นหลักประกันว่าได้ดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เพราะการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำนายอนาคตอย่างมีเหตุผล มีหลักการและหาแนวทางลดหรือป้องกันความเสียหายในการทำงานแต่ละขั้นตอนไว้ล่วงหน้า หรือหากเกิดความเสียหายขึ้น ก็จะเป็นความเสียหายที่น้อยกว่า และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานเชิงกลยุทธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มุ่งไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริหารภายใต้การเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิด Wilson and Tingle (1999)⁽⁶⁾ ที่อธิบายการบริหารความเสี่ยงสามารถทำให้ลดการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ลดข้อร้องเรียน ป้องกันความเสี่ยงจากข้อผิดพลาด มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง⁽⁶⁾ พบว่าองค์ประกอบเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการจัดการการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานภายใต้วิถีใหม่ได้

เป็นอย่างดี ซึ่งคำว่า “วิถีใหม่” หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่แตกต่างจากอดีต เนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ ทำให้แบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้แนวปฏิบัติใหม่ที่ไม่คุ้นเคย ประกอบด้วยวิถีคิด วิถีเรียนรู้ วิถีสื่อสาร วิถีปฏิบัติและการจัดการ การใช้ชีวิตแบบใหม่เกิดขึ้นหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงจากแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19⁽⁷⁾

ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจต้องการศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ เพื่อพัฒนาระบบ กลไก ด้านการบริหารความเสี่ยงภายในองค์กร เพื่อควบคุมกำกับ การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากโรคไวรัสโควิด-19 และเพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปใช้ในการปรับปรุงแผนงานให้มีประสิทธิภาพหรือเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีต่อไป

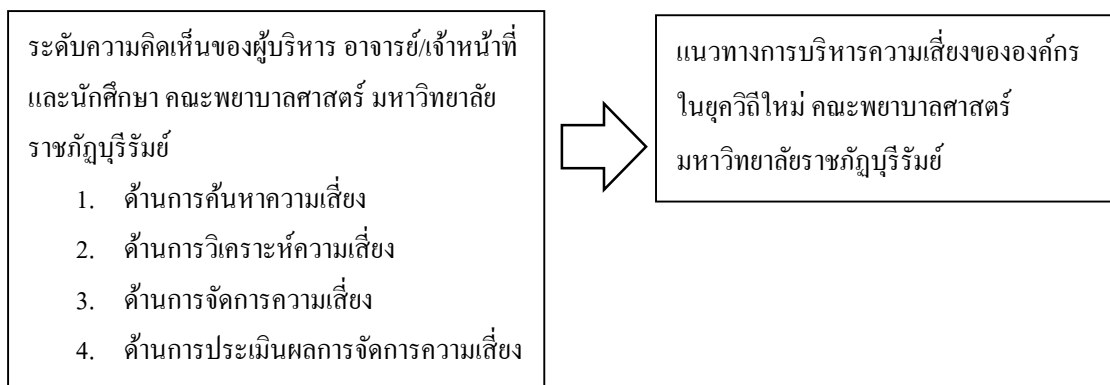
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นของผู้บริหาร อาจารย์/เจ้าหน้าที่ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารงานด้านการจัดการความเสี่ยงต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

2. เพื่อออกแบบแนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method research) โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Tingle (1999)⁽⁶⁾ และการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้าง ซึ่งการศึกษานี้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการพิจารณาทุนสนับสนุนการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 04/2564 ลงวันที่ 6 มกราคม 2564 มีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มีผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ได้แก่ผู้บริหาร อาจารย์/เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จำนวน 139 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบโดยการแบ่งเครื่องมือเป็น 3 กลุ่ม คือ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้บริหาร กลุ่มอาจารย์/เจ้าหน้าที่ และกลุ่มนักศึกษา ซึ่งแต่ละ

กลุ่ม จะประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ ลักษณะของคำตอบเป็น Rating Scale 5 ระดับ และ 3) แบบสอบถามกิจกรรมสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96, 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ หาค่าความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.79, 0.82 และ 0.94 ตามลำดับ



วิธีการเก็บข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ แก่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

3. คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 8-10 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยใช้แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามประกอบการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ใช้เวลา 20-30 นาที/กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อคิดเห็นเรื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในยุควิถีใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการทำสนทนากลุ่ม (focus group)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อคิดเห็นการบริหารจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ มีดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร

กลุ่มผู้บริหารจำนวน 6 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 ทุกคนจบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การเป็นผู้บริหารภายในสถาบันแห่งนี้ 3 ปี, 2 ปี และ 1 ปี ร้อยละ 33.33 เท่ากัน และมีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี (S.D.=5.63)

ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์/เจ้าหน้าที่

กลุ่มอาจารย์/เจ้าหน้าที่ จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 เพศชาย ร้อยละ 33.33 จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโท ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็น อาจารย์ประจำหลักสูตร/อาจารย์ประจำ ร้อยละ 66.67 และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในระบบการศึกษา (ทำงานในสถาบันการศึกษา) 3 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมา มีประสบการณ์เท่ากัน คือ มากกว่า 10 ปี และ 8-9 ปี ร้อยละ 22.22 และมีประสบการณ์ 6-7 ปี และ 1 ปี เท่ากัน ร้อยละ 11.11 ประสบการณ์ในการ



ปฏิบัติงานในสถาบันนี้ 2 ปี และต่ำกว่า 1 ปี เท่ากัน ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือมีประสบการณ์ 3 ปี และ 1 ปี ร้อยละ 22.22 และ 11.11 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 37.77 ปี (S.D.=8.51)

ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา

กลุ่มนักศึกษา จำนวน 124 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.5 เพศชาย ร้อยละ 6.5 แบ่งเป็นชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ร้อยละ 32.3, 26.6 และ 41.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 15.3 และจังหวัดศรีสะเกษ กับ จังหวัดสุรินทร์ เท่ากัน คือร้อยละ 7.3 ที่พักอาศัยในช่วงมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (เดือนเมษายน 2564) ส่วนใหญ่อยู่บ้านตามภูมิลำเนา ร้อยละ 87.9 รองลงมาคือ หอพักในมหาวิทยาลัย และสถานที่กักกันตัวโดยหน่วยงาน

ภาครัฐ ร้อยละ 11.3 และ 0.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 20.23 ปี (S.D.= 1.40)

คะแนนเฉลี่ยข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

สรุปผลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้บริหาร ภาพรวมมีความเห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 (S.D.=3.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน มีการแปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการจัดการความเสี่ยง รองลงมาคือ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.80, 4.68, 4.67 และ 4.64 ตามลำดับ (S.D.= 0.27, 0.45, 0.22 และ 0.49 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการแปลผลข้อคิดเห็นของกลุ่มผู้บริหารเรื่องการจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

แนวปฏิบัติ	Mean	S.D.	Min	Max	แปลผล
ด้านการค้นหาความเสี่ยง	4.67	.22	4.38	4.88	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง	4.68	.45	4.00	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ด้านการจัดการความเสี่ยง	4.80	.27	4.43	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	4.64	.49	4.00	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ผลโดยรวม	4.70	3.42	4.00	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด

ข้อคิดเห็นของกลุ่มอาจารย์/เจ้าหน้าที่ มีความเห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการ

บริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่อยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ



4.54 (S.D.= 0.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามี 3 ด้าน การแปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ รองลงมาคือ ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน และด้านการบูรณา

การการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด มีการแปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด คือด้านการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64, 4.59, 4.55 และ 4.40 ตามลำดับ (S.D.= 0.36, 0.52, 0.50 และ 0.44 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการแปลผลข้อคิดเห็นของกลุ่มอาจารย์และเจ้าหน้าที่เรื่องการจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

แนวปฏิบัติ	Mean	S.D.	Min	Max	แปลผล
ด้านการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.40	.44	3.75	5.00	ควรปฏิบัติมาก
ด้านการบูรณาการการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.55	.50	3.80	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน	4.59	.52	3.50	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.64	.36	4.00	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด
ผลโดยรวม	4.54	.36	3.50	5.00	ควรปฏิบัติมากที่สุด

ข้อคิดเห็นของกลุ่มนักศึกษา เห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่อยู่ในระดับควรปฏิบัติมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (S.D.= 0.47)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน การแปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความ



เสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ รองลงมาคือ ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน ลำดับถัดมาคือ ด้านการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กร

ยุควิถีใหม่ และด้านการบูรณาการการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48, 4.42, 4.38 และ 4.35 ตามลำดับ (S.D.= 0.54, 0.50, 0.47 และ 0.51 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการแปลผลข้อคิดเห็นของกลุ่มนักศึกษาเรื่องการจัดการความเสี่ยงของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

แนวปฏิบัติ	Mean	S.D.	Min	Max	แปลผล
ด้านการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.38	.47	3.00	5.00	ควรปฏิบัติมาก
ด้านการบูรณาการการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.35	.51	3.00	5.00	ควรปฏิบัติมาก
ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน	4.42	.50	3.00	5.00	ควรปฏิบัติมาก
ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่	4.48	.54	3.00	5.00	ควรปฏิบัติมาก
ผลโดยรวม	4.41	.47	3.00	5.00	ควรปฏิบัติมาก

เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในยุควิถีใหม่ พบว่าปัจจัยด้านการจัดการความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในยุควิถีใหม่ในระดับสูงมาก ($r=.82, p < .001$)

ปัจจัยด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง และด้านประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในยุควิถีใหม่ในระดับสูง ($r=.74, .64, .58$ ตามลำดับ, $p < .001$) (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยทางด้านการบริหารความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในยุควิถีใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ตัวแปร	การบริหารความเสี่ยงขององค์กร ในยุควิถีใหม่	
	r	p-value
ด้านการค้นหาความเสี่ยง	0.64	< .001
ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง	0.74	< .001
ด้านการจัดการความเสี่ยง	0.82	< .001
ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง	0.58	< .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เมื่อสรุปผลการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากการทำสนทนากลุ่ม (focus group) ในเรื่องการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ สรุปได้ 4 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ ควรเน้นรูปแบบการเรียนออนไลน์ แต่หากเข้ามาในห้องเรียนควรมีการจัดเก้าอี้ที่นั่งโดยมีระยะห่างที่เหมาะสม

ประเด็นที่ 2 รูปแบบ/วิธีการคัดกรองนักศึกษา ก่อนเข้าสถาบันเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ ได้แก่ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าภายในมหาวิทยาลัยและอาคารเรียน

ประเด็นที่ 3 วิธีการป้องกันส่วนบุคคลเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ ได้แก่ การ

ล้างมือบ่อยๆ การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และการใช้ alcohol hand spray หรือ เจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจับสิ่งของร่วมกัน

ประเด็นที่ 4 การปรับปรุงสถานที่หรือห้องเรียนเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ ควรมีการเตรียมห้องให้พร้อมสอดคล้องกับมาตรการในการป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้แก่ การจัดที่นั่งให้มีระยะห่างที่เหมาะสม การทำความสะอาดห้องเรียนด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังใช้ห้องทุกครั้ง การเพิ่มจุดบริการแอลกอฮอล์ล้างมือ และจัดห้องให้มีพัดลมให้เพียงพอ หรือมีอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวก

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อคิดเห็นของกลุ่มผู้บริหาร โดยภาพรวมมีความเห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 (S.D.=3.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน มีการแปลผลอยู่ในระดับ



ควรปฏิบัติมากที่สุด ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการจัดการความเสี่ยง รองลงมาคือ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฝนแก้ว เบญจมาศ⁽⁸⁾ ที่พบว่า ระดับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการจัดการความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง ด้านการประเมินความเสี่ยง และด้านการประเมินความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ⁽⁹⁾ พบว่า การบริหารความเสี่ยงด้านการจัดการความเสี่ยง และด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง มีการแปลผลอยู่ในระดับสูง ถัดมาคือ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง และด้านการค้นหาความเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าการบริหารความเสี่ยงมีความสำคัญ และมีประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จ ผู้บริหารสามารถคาดเดาและเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารในการบริหารงาน และการตัดสินใจในด้านต่างๆ เช่น การวางแผน การกำหนดกลยุทธ์ การติดตามควบคุมและวัดผลการปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการประสบความสำเร็จขององค์กร⁽¹⁰⁾

2. ข้อคิดเห็นของกลุ่มอาจารย์/เจ้าหน้าที่ โดยภาพรวมมีความเห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่อยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 (S.D.= 0.36) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มี 3 ด้านที่แปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานใน

การจัดการความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ รองลงมาคือ ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน และด้านการบูรณาการการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่จากการศึกษาของ สมพร หงส์เวียง และอภิญญา จำปามูล⁽¹¹⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการบริหารความเสี่ยงในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ ด้านการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ด้านการค้นหาความเสี่ยง ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของสมยศ ชีแจ่ง⁽¹²⁾ พบว่า สภาพปัจจุบันของระบบบริหารความเสี่ยงในสถาบันอุดมศึกษาไทยในภาพรวมและรายด้านของสภาพที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือการกำกับติดตามและประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ระบบบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาไทยคือ ระบบบริหารความเสี่ยงแบบมุ่งเน้นการระบุนความเสี่ยง การกำกับติดตาม และประเมินผลการบริหารความเสี่ยง

3. ข้อคิดเห็นของกลุ่มนักศึกษา โดยภาพรวมมีความเห็นด้วยต่อการมีแนวปฏิบัติต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่อยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (S.D.= 0.47) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน แปลผลอยู่ในระดับควรปฏิบัติมากที่สุด ซึ่งด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดการความ



เสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ รองลงมาคือ ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูการบริหารจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่อย่างยั่งยืน ด้านการลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ และด้านการบูรณาการการจัดการเชื้อไวรัสโควิด-19 ในองค์กรยุควิถีใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิระนันท์ จิระยิ่งมงคล, วัลลภ นาคศรีสังข์ และ จันทนา ณหทัยโกสิน⁽¹³⁾ พบว่า นักศึกษามีการ

รับรู้ ความตระหนักรู้ และความสามารถในการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด การสนทนากลุ่มอาจารย์พยาบาล อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก พบว่า สาเหตุของอุบัติการณ์ความผิดพลาด เกิดจากการขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ รวมทั้งความประมาท แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิด คือ ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม



แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

การค้นหาความเสี่ยง

- 1) การค้นหาข้อเท็จจริงของความเสี่ยง
- 2) การจัดทำและใช้แบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงที่ง่ายต่อการบันทึก



การวิเคราะห์ความเสี่ยง

- 1) การวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
- 2) การนำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยง



การจัดการความเสี่ยง

การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการต่างๆ

- 1) กำหนดมาตรการเดินทางเข้า-ออก สถานศึกษาและหอพัก
- 2) กำหนดมาตรการคัดกรองสุขภาพทุกคน บริเวณจุดแรกเข้าในสถานศึกษา (Point of entry)
- 3) กำหนดมาตรการกักตัวและการคัดกรอง
- 4) กำหนดมาตรการ การแจกหน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ
- 5) กำหนดมาตรการในการสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม
- 6) กำหนดมาตรการการดูแลนักศึกษาที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ไวรัสโควิด-19
- 7) กำหนดมาตรการในการส่งตัวบุคลากรและนักศึกษาที่มีอาการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ
- 8) กำหนดมาตรการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทุกคน ได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสโควิด-19

การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการสื่อสารภายในองค์กร

- 1) การประชาสัมพันธ์ความรู้การป้องกัน โรค โควิด-19 ให้แก่เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทุกคน เพื่อป้องกันข่าวที่บิดเบือนหรือข่าวปลอม

- 2) การสื่อสารภายในองค์กรที่ชัดเจน

การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับการปรับปรุงสถานที่ภายในองค์กร

- 1) จัดให้มีห้องพยาบาลสำหรับแยกผู้ที่มีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจ
- 2) การปรับปรุงสถานที่หรือห้องเรียนเพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของเชื้อ ไวรัสโควิด-19

การจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับงานจัดการเรียนการสอน

- 1) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน
- 2) การทบทวนบทเรียน หรือองค์ความรู้ใหม่ หลังจากเรียนออนไลน์
- 3) การกำหนดเวลาการเรียนออนไลน์ การทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม
- 4) การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเชื้อ ไวรัสโควิด-19 เพื่อเพิ่มพูนความรู้และให้ตระหนักต่อการป้องกัน
- 5) การจัดเตรียมสื่อการเรียนการสอนที่พร้อม



การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง

- 1) นำผลประเมินการจัดการความเสี่ยง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ โควิด-19 มาใช้ในการพัฒนางานด้านการบริหาร และด้านการจัดการเรียนการสอนเพื่อความปลอดภัยของนักศึกษา และบุคลากร



แนวทางการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพรณ รักเลี้ยง, จิตมา วรณศรี, นลอง ชาตรุประชีวิ และวิทยา จันทรศิลา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การบริหารความเสี่ยงของสถาบันเอกชนมี 4 องค์ประกอบคือ นโยบายการบริหารความเสี่ยง โครงสร้าง คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ขอบข่ายงาน การบริหารความเสี่ยง และกระบวนการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารความเสี่ยงของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีความเป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ในระดับมาก และการศึกษาของ ประณต มีสอน, พรพิมล ประวัติ รุ่งเรืองกิจ และวินิจ เทือกทอง⁽¹⁵⁾ พบว่า แนวทาง และกระบวนการบริหารความเสี่ยงของ มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานคร มี 8 ด้าน คือ สภาพแวดล้อมภายในองค์กร การกำหนดวัตถุประสงค์ การระบุเหตุการณ์ การประเมินความเสี่ยง การตอบสนองความเสี่ยง กิจกรรมการควบคุมความเสี่ยง กิจกรรมการ

ควบคุมความเสี่ยง สารสนเทศและการสื่อสาร และการติดตามประเมินผล ดังนั้น แนวทางการบริหารความเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการกำหนดกลยุทธ์การบริหารงานในองค์กร ต้องสามารถกำหนดระดับความเสี่ยงที่เหมาะสมที่องค์กรสามารถยอมรับได้ และพัฒนาองค์กรเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับระดับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการเป็นประโยชน์ของแนวทางในการบริหารจัดการความเสี่ยงต่อการบริหารการเปลี่ยนแปลงในองค์กรยุควิถีใหม่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ที่อนุมัติทุนวิจัยในการสนับสนุนการศึกษานี้ รวมทั้งคณบดี ผู้บริหาร คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ที่มีส่วนร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>



2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4.). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. โรงพยาบาลวิชัยยุทธ. NEW NORMAL ชีวิตที่เปลี่ยนไปหลัง COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.vichaiyut.com/th/health/informations/new-normal-covid19/>
4. World Economic Forum. Coronavirus in China – Insights on the Impacts and Opportunities for Change [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 21]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/coronavirus-china-opportunities-change/>
5. สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. โรงเรียนและนักเรียนมีความพร้อมเพียงใดกับการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์: ข้อค้นพบจาก PISA [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://pisathailand.ipst.ac.th/issue-2020-51/>
6. Wilson J, Tingle J. Clinical Risk Modification. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
7. มาลี บุญศิริพันธ์. รู้จัก “New Normal” ฉบับราชบัณฑิตยสถาน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/292126>
8. ฝนแก้ว เบ็ญจมาศ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
9. สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2560;33(1):130-140.
10. น้ำทิพย์ ม่วงปลอด. การพัฒนาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้การบริหารความเสี่ยงของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็ก ภาคใต้ฝั่งตะวันออก [ปริญญานิพนธ์ ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2560.
11. สมพร หงส์เวียง และอภิญา จำปามูล. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านความรุนแรงในสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(2):190-197.
12. สมยศ ชีแจ่ง. การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงสำหรับสถาบันอุดมศึกษาไทย [ปริญญานิพนธ์ ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.



13. พิระนันท์ จีระยิ่งมงคล, วัลลภี นาคศรีสังข์ และจันทนา ฌหทัยโกสิน. สภาพการณ์การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3(3):204-220.
14. ประภาพรณ รักเลี้ยง, จิตติมา วรรณศรี, นลอง ชาตรุประชีวิจ และวิทยา จันทรศิลา. การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2556;15(3):59-65.
15. ประณต มีสอน, พรพิมล ประวัติรุ่งเรืองกิจ และวินิจ เทือกทอง. รูปแบบการบริหารความเสี่ยงของมหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2559;10(1):324-338.
16. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. แผนบริหารความเสี่ยงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ประจำปีงบประมาณ 2563. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา; 2562.



การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

The study of alcohol consumption behavior, effects of drinking alcohol and quality of life of
people in Sukhothai Province

Received: September 08, 2021

Revised: November 02, 2021

Accepted: November 03, 2021

เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน¹

Phetcharat Kijsanayothin¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิต ของประชาชน จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 450 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับการดื่มแบบเถียงต่ำ ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับต่ำ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ($\beta = 0.618$) การมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ($\beta = 0.649$) ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน ($\beta = 0.148$) ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม ($\beta = 0.133$) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($\beta = 0.324$) และมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม ($\beta = 0.141$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ร้อยละ 59.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลวิจัยนี้ ควรมีการกำกับควบคุมพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ลดลง เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

คำสำคัญ : เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ผลกระทบ, คุณภาพชีวิต

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

¹Sukhothai Provincial Public Health Office



Abstract

The purpose of this cross-sectional study with the objective of to study alcohol consumption behavior, the effects of drinking alcohol and quality of life of people in Sukhothai Province. The sample consisted of 450 people with alcohol consumption behavior from multistage sampling. Collected data use questionnaires. Descriptive analysis of data and multiple regression statistics.

The results showed that alcohol drinking behavior in a low-risk drinking level the effects of drinking alcohol are low and the quality of life of health is high. The factors affecting alcohol consumption behavior were self-payment for alcohol every time ($\beta = 0.618$), family members drinking ($\beta = 0.649$), monthly alcohol cost (0.148), no symptoms drunk after drinking ($\beta = 0.133$), effect of alcohol consumption ($\beta = 0.324$), and having friends/acquaintances drinking ($\beta = 0.141$). These variables predicted alcohol consumption behavior by 59.7%. Statistically significant at the 0.05 level.

The results of this research there should be a control over the behavior of drinking alcohol to reduce. To prevent the effects that will occur from drinking behavior. And having a good quality of life in the future

Key words: Alcohol consumption, Effects, Quality of life

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประชากรโลกตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2010 ถึง 2016 พบว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 14.0 ลิตร/คน/ปี 2010 เป็น 15.1 ลิตร/คน/ปี ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นภูมิภาคที่มีการบริโภคสูงที่สุดในจาก 9.8 ลิตร/คน/ปี เป็น 12.1 ลิตร/คน/ปี โดยประเทศไทยสูงเป็นอันดับหนึ่งของทวีป ถึง 6.4 ลิตร/คน/ปี⁽¹⁾ ซึ่งสัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันสูงที่สุดอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 35.40⁽²⁾ และจังหวัดที่มีดัชนีความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์สูงที่สุดในประเทศ 5 อันดับ ได้แก่ จังหวัดลำปาง 0.72 คะแนน รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย 0.69 คะแนน จังหวัดพิษณุโลก 0.65

คะแนน จังหวัดจันทบุรี 0.64 คะแนน และจังหวัดสุโขทัย 0.63 คะแนน ตามลำดับ⁽³⁾

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พบว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อปีต่อหัว ในช่วงปีพ.ศ. 2550-2560 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน^(4,5) และเริ่มกลับมาสูงขึ้นเนื่องจากผู้ผลิตและผู้บริโภคเริ่มปรับตัวได้⁽⁶⁾ โดยเมื่อเปรียบเทียบอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของคนไทย สูงเป็นอันดับ 40 ของโลกจากทั้งหมด 193 ประเทศ⁽⁷⁾



ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบบ่อย เช่น ภาวะเมาสุรา ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน รวมทั้งก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคประสาท โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น และผลกระทบต่อผู้อื่นและสังคม ได้แก่ ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับ ปัญหาการทะเลาะวิวาท การฆาตกรรม โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตจากการฆาตกรรม พบว่ามีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ในร่างกายด้วยเสมอ^(8,9)

คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึก และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อการมีสุขภาพที่ดี⁽¹⁰⁾ แต่จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยติดสุรา มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประชากรทั่วไป โดยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราแย่กว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ติดสุรา ได้แก่ การติดสุรา และการมีโรคร่วมทางจิตเวช การมีความคิดฆ่าตัวตาย⁽¹¹⁾

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรกลุ่มผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 256 – 2563 ร้อยละ 11.76, 16.86 และ 18.90 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 พบ ผู้ดื่มถึงร้อยละ 19.01 โดยส่วนใหญ่จะพบผู้ดื่มในกลุ่มประชาชนอายุ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 97.81 และพบว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 9.07 ดื่มแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.32⁽¹²⁾

ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่ม และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นและเป็นแนวทางในการรณรงค์ ป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์สำหรับประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาในช่วง เดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2564 พื้นที่ศึกษา จังหวัดสุโขทัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดสุโขทัย จำนวน 138,365 คน⁽¹³⁾ ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากใช้เกณฑ์ตามสถิติวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discrimination Analysis) ที่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ≥ 30 เท่าของตัวแปรพยากรณ์⁽¹⁴⁾ ได้เท่ากับจำนวน 450 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่ม



ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกอำเภอ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกตำบล ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เลือกหมู่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 3) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษาระหว่าง 6 เดือน ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย สาเหตุการดื่มในปัจจุบัน สถานที่ดื่มประจำ ช่วงเวลาในการดื่ม ภาวะอารมณ์ขณะดื่ม อาการเมาหลังการดื่ม และการขับยานพาหนะหลังการดื่ม ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มประจำ ผู้ร่วมดื่มประจำ รูปแบบการจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายในการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 3 ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การเกิดอาการข้างเคียงหลังการดื่ม การได้รับอุบัติเหตุ ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง สุขภาพ

อ่อนแอ มีปัญหาทางการเงิน การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ถูกจับขังข่มขืน การสูญเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทะเลาะวิวาท

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลตนเอง ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) โดยการแบ่งระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁷⁾

คุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้สูตรการคำนวณหาความตรงของเนื้อหา (IOC)⁽¹⁸⁾ ได้ค่าเท่ากับ 0.80 และหาความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความน่าเชื่อถือ รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 0.82 และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1 ข้อมูลลักษณะบุคคล รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอารมณ์ อาการเมา



และการขับชียนพาหนะหลังการดื่ม ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. 33/2021 เอกสารรับรองเลขที่ IRB 32/2021

ผลการวิจัย

ด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.8 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 40.2 มีสถานะภาพคู่ ร้อยละ 65.3 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 36.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 68 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะส่วนบุคคล (N = 450)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	251	55.8
หญิง	199	44.2
อายุ (ปี)		
20 – 29	11	2.4
30 – 39	50	11.1
40 – 49	166	36.9
50 – 59	181	40.2
60 ขึ้นไป	42	9.3
(Mean = 48.88 ± 8.756 , Median = 49.00, Min = 20 , Max = 73)		
สถานภาพ		
คู่	294	65.3
โสด	91	20.2
หม้าย	25	5.6
หย่า	25	5.6
แยก	15	3.3



ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	137	30.4
มัธยมต้น	114	25.3
มัธยมปลาย/ปวช.	163	36.3
ปวส.	11	2.4
ปริญญาตรี	25	5.6
อาชีพ		
เกษตรกร	336	74.7
รับจ้าง	79	17.6
ค้าขาย	20	4.4
รับราชการ	10	2.2
นักการเมืองท้องถิ่น	5	1.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
<5000บาท	306	68.0
5000-10000 บาท	113	25.1
10000-15000บาท	12	2.6
15000-20000บาท	7	1.6
>20000บาท	12	2.7
(Mean = 5292.87 ± 5682.895, Median = 4000.00 , Min = 500 , Max = 43000)		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	306	68.0
มีโรคประจำตัว	144	32.0

ด้านรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 42.2 และดื่มเพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 52.9 รองลงมาเพื่อความสนุกสนาน ร้อยละ 22.2 และดื่มกับเพื่อน/คนรู้จัก ร้อยละ 93.8 และนิยมดื่มสุราเถื่อน ร้อยละ 46.4 รองลงมาดื่มเบียร์ร้อยละ 37.0 และดื่มที่บ้านเพื่อน/คนรู้จัก ร้อยละ 63.6

รองลงมาตามงานบุญ/ประเพณี ร้อยละ 30.4 และดื่มในเวลาเย็น ร้อยละ 99.6 และจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่า 500 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 91.6 และจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เอง บางครั้ง 30.4 รองลงมาไม่เคยจ่าย ร้อยละ 28.7 ตามลำดับ

ด้านภาวะอารมณ์ อาการเมา และการขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง



ส่วนใหญ่ มีอารมณ์สนุกสนานหลังการดื่ม ร้อยละ 45.3 รองลงมา มีอารมณ์เหมือนตอน ไม่ดื่ม ร้อยละ 34.7 และมีอาการเมาบางครั้ง ร้อยละ 41.8 รองลงมา ไม่มีอาการเมา 30.4 และขับขี ยานพาหนะหลังการดื่มทุกครั้ง ร้อยละ 40.4 รองลงมา ขับขี ยานพาหนะหลังการดื่มบางครั้ง ร้อยละ 40.2 ตามลำดับ

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

1.ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลกระทบจากการ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 97.6 รองลงมาผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง จำนวน ร้อยละ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 450)

ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบระดับต่ำ (0 – 16 คะแนน)	439	97.6
ผลกระทบระดับปานกลาง (17 - 33 คะแนน)	11	2.4
ผลกระทบระดับสูง (34 - 50 คะแนน)	0	0.0
(Mean = 12.10 ± 2.00 , Median = 12.0 , Min = 10 , Max = 20)		

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.1 รองลงมามีคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.8 และการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (N = 450)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับต่ำ (≤ 0.33 คะแนน)	5	1.1
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง (0.34 – 0.67 คะแนน)	8	1.8
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับสูง (0.68 – 1.00 คะแนน)	437	97.1
(Mean = 0.95 ± 0.114 , Median = 1.0, Min = 0.03 , Max = 1)		



3. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 74.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์แบบเสี่ยง ร้อยละ 22.4 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (N = 450)

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT)	จำนวน	ร้อยละ
ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (0 – 7 คะแนน)	337	74.9
ดื่มแบบเสี่ยง (8 – 15 คะแนน)	101	22.4
ดื่มแบบอันตราย (16 -19 คะแนน)	12	2.7
(Mean = 5.47 ± 2.64 , Median = 4.0, Min = 2 , Max = 16.00)		

4. การวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี 6 ตัวแปร ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ($R^2 = 0.274$, $B = 0.618$) การมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ($R^2 = 0.364$, $B = 0.649$) ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน ($R^2 = 0.392$ $B = 0.148$) การไม่มีอาการเมา

หลังการดื่ม ($R^2 = 0.407$, $B = 0.133$) ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ ($R^2 = 0.416$, $B = 0.324$) และมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ($R^2 = 0.422$, $B = 0.141$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 59.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ($R = 0.649$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	Beta	b	SE of b	t	p-value
จ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง	0.274	0.274	0.452	0.618	0.050	12.277	< 0.001
มีสมาชิกในครอบครัวดื่ม	0.364	0.090	0.259	0.649	0.099	6.572	< 0.001
ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน	0.392	0.028	0.157	0.148	0.034	4.293	< 0.001
ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม	0.407	0.015	0.122	0.133	0.040	3.368	0.001
ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์	0.416	0.009	0.099	0.324	0.120	2.696	0.007
มีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม	0.422	0.005	0.078	0.141	0.070	2.012	0.045

Constant (a) = 0.597, $R = 0.649$, $R^2 = 0.422$, Adjusted $R^2 = 0.414$, $F = 4.048$, $p\text{-value} < 0.05$



โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ = $59.7 + 0.618$ (จ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง) + 0.649 (มีสมาชิกในครอบครัวดื่ม) + 0.148 (ค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือน) + 0.133 (ไม่มีอาการเมาหลังการดื่ม) + 0.324 (ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์) + 0.141 (มีเพื่อนฝูง/คนรู้จักร่วมดื่ม)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรม การ บริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่า อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (0 – 7 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ชนะกอก และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่กล่าวว่า การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน โดยใช้ค่าคะแนน AUDIT ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปในการคัดกรอง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีทั้งหมด 88 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 40 – 55 ปี ร้อยละ 54.6) โดยมีคะแนนมากกว่า 20 คะแนน ร้อยละ 79.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร เคนศิลา และจุฬารัตน์ เคนศิลา⁽²⁰⁾ ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี มี 3 ระดับได้แก่ระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 9.8 ระดับเสี่ยงร้อยละ 31.37 และระดับติด ร้อยละ 20.59

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษา พบว่าไม่มีอาการเมา

หลังการดื่ม ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างดื่มในปริมาณที่ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพนิดา นามจันดี⁽²¹⁾ ที่กล่าวว่า ภาวะมีเมมาเป็นผลจากการที่แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดไปมีผลต่อการทำงานของสมองโดยตรงหากร่างกายมีการดูดซึมเร็วจะทำให้มีอาการเมาได้เร็วขึ้น และส่งผลต่อความคิดและการกระทำตามมาซึ่งสอดคล้องกับจุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงศ์⁽²²⁾ ที่กล่าวว่า การดื่มส่งผลกระทบต่อผู้ดื่ม ได้แก่ สุขภาพ การทำงาน เศรษฐกิจและทางสังคม และการมีเพื่อนฝูง/คนรู้จัก ร่วมดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับบุคคลอื่น จะทำให้มีความสนุกสนานครื้นเครง ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริลักษณ์ นิยกิจ⁽²³⁾ ที่กล่าวว่า ความชุก พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้ร่วมดื่มส่วนใหญ่เป็นเพื่อนร้อยละ 83.1 และญาติ ร้อยละ 45.5 การถูกเพื่อนชักชวนเป็นสาเหตุหลักของการดื่มครั้งแรก และยังคงดื่มจนปัจจุบัน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ จึงทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ⁽²⁴⁾ ที่กล่าวว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับ โปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น สามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินตามโปรแกรมได้ช่วยพร้อมกับ ประคองให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถจัดการกับอาการ และการเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุราของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวัช



สิทธิรักษา และคณะ⁽²⁵⁾ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพร่างกายที่ แข็งแรง การมีสถานภาพทางการเงินที่ดี อายุ น้อย การมีบุตรน้อย ปริมาณสุราที่ดื่มต่อวันน้อย และการไม่มีโรคร่วมทาง จิตเวช

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระดับเศรษฐกิจของผู้ดื่ม ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ มานพ คณะโต และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่า รูปแบบของค่าใช้จ่าย เป็นการออกเงินกันเพื่อซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ร้อยละ 45.6 และการมีสมาชิกในครอบครัวดื่ม ทั้งนี้เนื่องจากการมีสมาชิกในครอบครัวดื่มจะเป็น การส่งผลกระทบต่อสุขภาพการดื่มที่ยาวนานซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา วงศ์วาน⁽²⁷⁾ ที่กล่าวว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มาจากการ อยากรอง ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ เพื่อนชักชวน ร้อยละ 16.5 และส่วนใหญ่ดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือดื่มกับบิดามารดาและญาติ ร้อยละ 25.0 และค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อเดือน ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มผู้ดื่มจะจ่ายค่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองทุกครั้ง จะต้องมียาใช้จ่าย ในการดื่มแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ มาณี ไชยธีรานุวัตรศิริ⁽²⁸⁾ ที่กล่าวว่า สำหรับ กลุ่มวัยทำงานอายุ 25 ปี ขึ้นไป จะมีค่าใช้จ่ายเงิน ในการดื่มประมาณ 2,000 บาทต่อเดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษานี้ไป

1.1.ผู้บริหารควรนำผลการวิจัย ไปใช้ การกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เพื่อลดอัตราป่วย และลดอัตราตาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของประชาชนจังหวัด สุโขทัย

1.2.ทีมวิชาการ ที่มีบทบาทในการ ขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำ ผลการวิจัยครั้งนี้มาพัฒนาต่อยอดวิจัยรูปแบบอื่น เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน พื้นที่จังหวัดสุโขทัย

1.3.ผู้ปฏิบัติการนำผลการวิจัยที่ได้ ใช้ เป็นแนวทางในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อส่งเสริมให้ คุณภาพชีวิตของประชาชนที่ อยู่ในระดับที่ สมบูรณ์แข็งแรง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษานี้ มาพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้ที่มีพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่เหมาะสมกับ บริบทของพื้นที่จังหวัดสุโขทัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ ดร.ปองพล วรปานิ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ข้อคิดเห็นอัน เป็นประโยชน์ในงานวิจัยสำเร็จลง ได้อย่าง สมบูรณ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ และ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization , (2018). Global status report on alcohol and health – 2018 ed.
2. วิทย์ วิชัยดิษฐ์ และคณะ ,(2562). รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ : กรุงเทพฯ
1. 3.อธิป ตันอารีย์ และพลเทพ วิจิตรคุณากร, (2562). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และดัชนี ความเสี่ยงต่อปัญหาแอลกอฮอล์ของจังหวัดในประเทศไทย: ข้อมูลการสำรวจ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2562 : 353-367.
3. กนกอร งามนักร และคณะ , (2563). รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ : กรุงเทพฯ
4. พีรพงศ์ ทองอั้ง และวชิพงศ์ ภักดีกุล, (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลดื้อนแบบในจังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560 : 560-571.
5. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, (2563). สถานการณ์และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf>
6. พงษ์ศักดิ์ อ้นน้อย, (2560). การพัฒนามาตรการการจัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต (2561) ; 6(3) : 525-536.
7. กรมอนามัย ,(2562). โทษ พิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564. จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-2/
8. ภาณุ พรวัฒนา, (2564). การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด โดยใช้โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม การเสริมพลังอำนาจ และการเชื่อมเสริมพลังในรูปแบบ “สี่ชมพู่โมเดล”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564 : 349-357.
9. ชีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ, (2562). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 : 475-482.
10. นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ , (2555) . การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาลศิริราชและ โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2): 185-198.



11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, (2563). HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564 จาก <https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, (2563). สรุปรายงานการปฏิบัติงานประจำปี 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
13. สมประสงค์ เสนารัตน์, (2553). การจำแนกกลุ่มด้วยเทคนิค Discriminant Analysis. สาขาวิชาวิจัยและประเมินผล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม : 1 – 27.
14. Bloom, B. S. (1975). Taxonomy of education objective, Handbook I: Cognitive domain. New York: David Mckay.
15. Pattanaphesaj J. , (2014.) Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L). measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation] . Mahidol University;
16. ปิทธิพร ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, (2552). แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่สอง. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ทานตะวันเปเปอร์: กรุงเทพฯ
17. พิสิษฐ ตันทวนิช และ พนา จินดาสร, (2561). ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC The Real Meaning of IOC. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 : ธันวาคม พ.ศ. 2561 : 3-10.
18. นิตยา ชนะกอก, ทับทิม ธิบแจ่ม, วาสนา วัฒนกร และคณะ (2550), การเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน.
19. อุมพร เคนศิลา และจุฬารัตนเคนศิลา , (2560). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี Alcohol drinking behavior among people in the urban area of Udon Thani province. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences : Vol.1 No.3 (2017). 52-61.
20. พนิดา นามจันดี. (2549). ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอสีชมพู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การ ศึกษาขอนแก่น เขต 5 จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
21. จุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงษ์, (2552) การศึกษาแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบทบาทของสังคม ในการบรรเทาปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยทำงานในเขตจังหวัด



- ชลบุรี. เรื่องเติมการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 48: สาขาเศรษฐศาสตร์ และบริหารธุรกิจ. กรุงเทพฯ. หน้า 150-157.
22. ศิริลักษณ์ นิยกิจ. (2555). พฤติกรรมการดื่มและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการ ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไรร้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค, 7(11), :21-32.
 23. หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ , (2558) ผลของโปรแกรมใกล้บ้าน สม่านใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็น โรคติดสุราในภาคใต้. Nursing Journal. Faculty of Nursing, CMU. Vol. 42 No. 1 (2015): มกราคม - มีนาคม 2558 : 108-121.
 24. นันทวัช สัทธีรักษ์ และคณะ , (2555) . การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุราใน โรงพยาบาล ศิริราชและโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(2) : 185-198.
 25. มานพ คณะโต และคณะ (2548) รายงานการวิจัยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัด ขอนแก่น ปี พ.ศ. 2547. สำนักงานบริหารเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการศึกษา กระทรวงการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 26. จินตนา วงศ์วาน. (2548) จินตนา วงศ์วาน. (2548) ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2564 จาก [file:///C:/Users/User/Downloads/Abstract_386829%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Abstract_386829%20(1).pdf)
 27. มาณี ไชยธีรานุวัฒน์ศิริ. (2548). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. นครปฐม :คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

RISK FACTORS OF NEONATAL POLYCYTHEMIA, BORABUE HOSPITAL MAHASARAKHAM PROVINCE

Received: September 28, 2021

Revised: November 11, 2021

Accepted: November 12, 2021

ธนพล เรืองชัยทวิสุข¹

Thanapol Ruangchaithaweesuk¹

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังแบบ case-control study ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลบรบือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 ราย เป็นกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะเลือดข้น 33 รายและกลุ่มควบคุมเป็นทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะเลือดข้น 66 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด (OR 5.714, 95%CI: 1.045, 31.245; p -value=0.039) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (OR 16.579, 95%CI: 3.039, 162.409; p -value<0.001) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (OR 13.263, 95%CI: 1.176, 663.045; p -value=0.016) ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (SGA) (OR 22.474, 95%CI: 2.525, 1,028.619; p -value=0.001) ทารกน้ำหนักแรกเกิดมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (LGA) (OR 5.618, 95%CI: 1.240, 28.461; p -value=0.011) ทารกแรกเกิดที่มารดามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (OR 9.13, 95%CI: 2.307, 36.138; p -value=0.001) และทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด (OR 4.329, 95%CI: 1.783, 10.511; p -value=0.001)

ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้น

คำสำคัญ: ภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิด

¹ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

¹ Department of Pediatrics, Borabue Hospital, Mahasarakham province



Abstract

The aim of this analytical case-control study was to evaluate risk factors of neonatal polycythemia in Borabue Hospital by reviewing the medical record from 1st October 2016 to 31st March 2021. The study enrolled 99 neonates, among those neonates 33 of them revealed polycythemia (cases) and 66 of them were non-polycythemia (controls). Data was analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test.

The results showed that the risk factors of neonatal polycythemia were preterm newborns (OR 5.714, 95%CI: 1.045, 31.245; p -value=0.039), low birth weight newborns (OR 16.579, 95%CI: 3.039, 162.409; p -value<0.001), fetal macrosomia (birth weight over 4,000 grams) (OR 13.263, 95%CI: 1.176, 663.045; p -value=0.016), small for gestational age newborns (OR 22.474, 95%CI: 2.525, 1,028.619; p -value=0.001), large for gestational age newborns (OR 5.618, 95%CI: 1.240, 28.461; p -value=0.011), infants of diabetic mothers (OR 9.13, 95%CI: 2.307, 36.138; p -value=0.001) and delivery by cesarean section (OR 4.329, 95%CI: 1.783, 10.511; p -value=0.001).

Therefore, there should be monitoring and follow-up in the newborn at risk of polycythemia.

Keywords: neonatal polycythemia, newborn

บทนำ

ภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิด (neonatal polycythemia) เป็นภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติ^(1,2) คือ เกินค่าปกติมากกว่าสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2 SD) ตามอายุและอายุครรภ์ ซึ่งก็คือ ระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ตั้งแต่ 65 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป หรือค่าระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ตั้งแต่ 22 g/dL ในทารกคลอดครบกำหนด ซึ่งภาวะนี้พบได้ในทารกแรกเกิดประมาณร้อยละ 1 ถึง 5^(3,4) เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ การที่ทารกได้รับเลือดเข้ามาในร่างกาย (passive fetal RBC transfusion) และทารกเพิ่มการ

สร้างเม็ดเลือดแดง (increased intrauterine erythropoiesis)

สาเหตุที่ทารกได้รับเลือดเข้ามาในร่างกาย (passive fetal RBC transfusion) เช่น การตัดสายสะดือช้าลง (delayed clamping of umbilical cord) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในทารกคลอดครบกำหนด แผลผู้รับ (recipient) ในครรภ์แฝดที่มีการถ่ายเทเลือดให้กัน (twin-twin transfusion) และสาเหตุที่พบน้อย คือ การถ่ายเทเลือดแม่มายังลูก (maternal-fetal transfusion) และอีกสาเหตุ คือ ทารกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (increased intrauterine erythropoiesis) พบในทารกคลอดเกินกำหนดและครบกำหนดประมาณร้อยละ 3 และ



1-2 ตามลำดับ พบในทารกน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (small for gestational age: SGA) ร้อยละ 8 ทารกน้ำหนักตัวมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (large for gestational age: LGA) ร้อยละ 3 ทารกน้ำหนักตัวสมอายุครรภ์ (average for gestational age: AGA) ร้อยละ 1-2 นอกจากนั้นยังพบในทารกที่มีมารดาเป็นเบาหวาน โรคหัวใจชนิดเขียวตั้งแต่แรกเกิด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดข้น มีสาเหตุมาจากการที่เลือดมีความหนืดสูง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ลดลง ระบบเมตาบอลิซึม โดยส่วนมากแล้วทารกมักไม่มีอาการ บางการศึกษาพบ ทารกร้อยละ 47⁽⁵⁾ ถึงร้อยละ 50 มีอาการแสดง⁽⁶⁻⁸⁾ อาการและอาการแสดงสามารถมีได้หลายระบบ เช่น ร้องกวน (irritability) ซึม (lethargy) หายใจเร็ว (tachypnea) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะเหลือง (hyperbilirubinemia) และทารกบางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะชัก (seizure) ภาวะลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis, NEC) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)

แนวทางการรักษาภาวะเลือดข้นนั้นยังมีความหลากหลาย โดยในเด็กที่ไม่มีอาการแต่มีความเข้มข้นเลือด (central hematocrit) 60-70% ควรได้รับสารน้ำ (hydration) และดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด การเปลี่ยนถ่ายเลือด (partial exchange transfusion) พิจารณาทำในรายที่มีอาการของ polycythemia และควรพิจารณาเมื่อมีความเข้มข้นของเลือดสูง 70-75%

จะเห็นได้ว่าทารกที่มีภาวะเลือดข้นบางส่วนมีอาการและนำไปสู่การรักษา โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด (partial exchange transfusion) บางรายมีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเกิดขึ้นตามมาและอาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นหากทราบปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดข้น การควบคุมหรือเฝ้าระวังปัจจัยดังกล่าวก็จะช่วยทำให้ความชุกในการเกิดภาวะเลือดข้นลดลง ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมก็จะลดลงด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบรบือ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. Neonatal polycythemia หมายถึง ภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากเกินไปผิดปกติ คือ เกินค่าปกติมากกว่าสองเท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2 SD) ตามอายุและอายุครรภ์หรือระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ตั้งแต่ 65 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไปหรือค่าระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ≥ 22 g/dL ในทารกคลอดครบกำหนด

2. ทารกน้ำหนักตัวน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (small for gestational age: SGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทม์ที่ 10



3. ทารกน้ำหนักตัวสมอายุครรภ์ (average for gestational age: AGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10-90

4. ทารกน้ำหนักตัวมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (large for gestational age: LGA) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90

5. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case-control study เก็บรวบรวมจากบันทึกเวชระเบียน (secondary data) จากโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 มีนาคม พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทารกแรกเกิดทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 มีนาคม พ.ศ.2564

ขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ Chalabi DA และ Zangana KO.⁽⁹⁾ พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดจาง (OR 4.25) ผู้วิจัยได้นำค่าดังกล่าวมาประกอบในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ซึ่งผลการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้ Program Epi Info version 7.2 ซึ่งคำนวณโดยใช้สูตร Unmatched case control study กำหนดค่า Two-sided confidence

level=95%, Power=80%, Ratio of controls to case=2, Percent of controls exposed=11%, Odds ratio=4.25 เลือกรูปแบบการคำนวณของ Kelsey⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 99 ตัวอย่าง เป็นกลุ่มศึกษา 33 ตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม 66 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษาเป็นทารกแรกเกิดทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มศึกษา ระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 - 31 มีนาคม พ.ศ.2564

กลุ่มควบคุมใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการสุ่มจากหมายเลขผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มศึกษา (case) เข้าศึกษา (Inclusion criteria):

1. ทารกแรกเกิดอายุ 0-1 เดือน
2. ทารกแรกเกิดที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบรบือ
3. ทารกแรกเกิดทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดจางในทารกแรกเกิด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มควบคุม (control) เข้าศึกษา (Inclusion criteria):

1. ทารกแรกเกิดอายุ 0-1 เดือน
2. ทารกแรกเกิดที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบรบือ
3. ทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะเลือดจาง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria):
ทารกแรกเกิดที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's Exact test เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลเมื่อมี cell ที่ expected value < 5 เกิน ร้อยละ 20 กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05, Odds ratio และค่าความเชื่อมั่นที่ 95%CI

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบริบือ อำเภอบริบือ จังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยที่ 2/2564 รับรองวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วยข้อมูลของทารกและข้อมูลของมารดาของทารกแรกเกิด พบว่า อายุครรภ์ วิธีการคลอด ทารกแฝด น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักแรกเกิดเมื่อเทียบ

กับอายุครรภ์ เส้นรอบศีรษะและโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะเลือดขึ้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

จากการศึกษาพบทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด 5.714 เท่า ทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด (cesarean section) มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด 4.329 เท่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติ (น้ำหนัก 2,500-4,000 กรัม) 16.579 เท่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักปกติ (น้ำหนัก 2,500-4,000 กรัม) 13.263 เท่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (SGA) มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกน้ำหนักตัวสมอายุครรภ์ 22.474 เท่า ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (LGA) มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกน้ำหนักตัวสมอายุครรภ์ 5.618 เท่า และทารกที่มารดามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวเลือดขึ้นมากกว่าทารกที่มารดาไม่มีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 9.13 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของทารกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดคั่งและกลุ่มควบคุม

Variable	All Patients (%) N=99	Cases (%) N=33	Controls (%) N=66	P-value
Sex: Male	54 (54.5)	19 (57.6)	35 (53)	0.669
Gestational age				0.039 ^a **
Preterm	7 (7.1)	5 (15.2)	2 (3)	
Term	92 (92.9)	28 (84.8)	64 (97)	
Mean(Days)±SD	269.5±7.8	267.4±8.19	270±7.55	
Parity: 0-2	98 (99)	33 (100)	65 (98.5)	1.000 ^a
3-5	1 (1)	0	1 (1.5)	
Mode of delivery: Vaginal	59 (59.6)	12 (36.4)	47 (71.2)	0.001 **
Cesarean section	40 (40.4)	21 (63.6)	19 (28.8)	
Type of pregnancy: Single	94 (94.9)	28 (84.8)	66 (100)	0.003 ^a **
Twin	5 (5.1)	5 (15.2)	0	
BBA	1 (1)	1 (3)	0	0.333 ^a
Birth weight				<0.001 ^a **
< 2,500 g.	12 (12.1)	10 (30.3)	2 (3)	
2,500-4,000 g.	82 (82.8)	19 (57.6)	63 (95.5)	
> 4,000 g.	5 (5.1)	4 (12.1)	1 (1.5)	
Mean(g)±SD	3,060±561	2,965±794	3,107±396	
Weight for GA: SGA	8 (8.1)	7 (21.2)	1 (1.5)	<0.001 ^a **
AGA	80 (80.8)	19 (57.6)	61 (92.4)	
LGA	11 (11.1)	7 (21.2)	4 (6.1)	
Length				0.643
P10-90	69 (69.7)	22 (66.7)	47 (71.2)	
> P90	30 (30.3)	11 (33.3)	19 (28.8)	
Mean(cm)±SD	50.9±2.4	50.4±3.18	51.1±1.92	
Head circumference				0.043 ^a **
< P10	12 (12.1)	7 (21.2)	5 (7.6)	
P10-90	84 (84.8)	24 (72.7)	60 (90.9)	
> P90	3 (3)	2 (6.1)	1 (1.5)	
Mean(cm)±SD	32.6±1.70	32.5±2.29	32.7±1.34	
APGAR Score at 5 minutes: 8-10	98 (99)	32 (97)	66 (100)	0.333 ^a
Unknown	1 (1)	1 (3)	0	

หมายเหตุ: ^a Fisher's Exact Test



ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานมารดาของทารกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดขึ้นและกลุ่มควบคุม

Variable	All patients (%) N=99	Cases (%) N=33	Controls (%) N=66	P-value
Diabetic				0.001 ^{a**}
No	86 (86.9)	23 (69.7)	63 (95.5)	
Gestational diabetes mellitus (GDM)	13 (13.1)	10 (30.3)	3 (4.5)	
Contraception use	52 (52.5)	15 (45.5)	37 (56.1)	0.319
Preeclampsia-eclampsia	2 (2)	2 (6.1)	0	0.109 ^a
Serology abnormal (HBsAg +)	2 (2)	1 (3)	1 (3)	1.000 ^a
Hct before delivery: Mean±SD				0.549 ^a
<33 %	3 (3)	0	3 (4.5)	
≥33 %	96 (97)	33 (100)	63 (95.5)	
Mean±SD	38.7±3.10	39.38±2.92	38.42±3.15	

หมายเหตุ: ^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเลือดขึ้นในทารกแรกเกิด

Factors	All patients (%) N=99	Cases (%) N=33	Controls (%) N=66	Crude OR (95%CI)	P-value
Gestational age: Term	92 (92.9)	28 (84.8)	64 (97)	1	
Preterm	7 (7.1)	5 (15.2)	2 (3)	5.714 (1.045-31.245)	0.039 ^{a**}
Mode of delivery: Vaginal	59 (59.6)	12 (36.4)	47 (71.2)	1	
Cesarean section	40 (40.4)	21 (63.6)	19 (28.8)	4.329 (1.783-10.511)	0.001 ^{a**}
Birth weight: 2,500-4,000 g.	82 (82.8)	19 (57.6)	63 (95.5)	1	
< 2,500 g.	12 (12.1)	10 (30.3)	2 (3)	16.579 (3.039-162.409)	<0.001 ^{a**}
> 4,000 g.	5 (5.1)	4 (12.1)	1 (1.5)	13.263 (1.176-663.045)	0.016 ^{a**}
Weight for GA: AGA	80 (80.8)	19 (57.6)	61 (92.4)	1	
SGA	8 (8.1)	7 (21.2)	1 (1.5)	22.474 (2.525-1,028.619)	0.001 ^{a**}
LGA	11 (11.1)	7 (21.2)	4 (6.1)	5.618 (1.240-28.461)	0.011 ^{a**}
Head circum.: P10-90	84 (84.8)	24 (72.7)	60 (90.9)	1	
< P10	12 (12.1)	7 (21.2)	5 (7.6)	3.500 (0.848-15.234)	0.051
> P90	3 (3)	2 (6.1)	1 (1.5)	5.000 (0.244-299.738)	0.212
Maternal GDM: No maternal GDM	86 (86.9)	23 (69.7)	63 (95.5)	1	
Maternal GDM	13 (13.1)	10 (30.3)	3 (4.5)	9.130 (2.307-36.138)	0.001 ^{a**}

หมายเหตุ: ^a Fisher's Exact Test



สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและมากกว่า 4,000 กรัม ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (SGA) ทารกน้ำหนักแรกเกิดมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (LGA) ทารกแรกเกิดที่มารดามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและมากกว่า 4,000 กรัม ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (SGA) ทารกน้ำหนักแรกเกิดมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (LGA) ทารกแรกเกิดที่มารดามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด

ทารกที่คลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ali AF. และ Hasan KH.⁽⁴⁾ งานวิจัยของ Chalabi DA. และ Zangana KO.⁽⁹⁾ และงานวิจัยของ Aggarwala R. และ Punj A.⁽¹¹⁾ แต่เนื่องจากประชากรที่ศึกษาไม่มีกลุ่มทารกที่คลอดเกินกำหนดทำให้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับทารกคลอดเกินกำหนดในงานวิจัย ซึ่งตามทฤษฎีทารกที่คลอดเกิน

กำหนดมีโอกาสเกิดภาวะเลือดข้นได้มากกว่าทารกคลอดครบกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 3 เนื่องจากทารกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (increased intrauterine erythropoiesis)

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและมากกว่า 4,000 กรัมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Tipan T., Ochoa E. และ Tipan J.⁽¹³⁾ ที่พบเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (SGA) และน้ำหนักแรกเกิดมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ (LGA) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยของ Chalabi DA. และ Zangana KO.⁽⁹⁾ งานวิจัยของ Aggarwala R. และ Punj A.⁽¹¹⁾ และงานวิจัยของ Alsafadi TRM. และคณะ⁽¹²⁾ เนื่องจากทารกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (increased intrauterine erythropoiesis)

ทารกแรกเกิดที่มารดามีโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยของ Tipan T., Ochoa E. และ Tipan J.⁽¹³⁾ เพราะทารกเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง (increased intrauterine



erythropoiesis) เนื่องจากมี fetal hyperinsulinemia, tissue hypoxia มีการเพิ่มขึ้นของ erythropoietin⁽⁵⁾

ทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัด (cesarean section) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chalabi DA. และ Zangana KO.⁽⁹⁾ ที่พบว่า การคลอดทางช่องคลอดช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดและทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าว การศึกษานี้ให้ผลแตกต่างจากงานวิจัยของ Ali AF. และ Hasan KH.⁽⁴⁾ งานวิจัยของ Abbas SA. และ Fayadh HF.⁽⁸⁾ ที่พบว่า การคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดนั้นลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดข้นในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลงานวิจัยที่ได้ผลต่างกันนี้อาจเป็นเพราะว่าทั้งการผ่าตัดคลอดและการคลอดทางช่องคลอดนั้น ยังมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเลือดข้น เช่น การจัดการกับสายสะดือทั้งการรัดเลือดจากสายสะดือ การชะลอการตัดสายสะดือ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sarkar S, Rosenkrantz TS. Neonatal polycythemia and hyperviscosity. Seminar in fetal and neonatal medicine 2008;13:248-55.
2. Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. Blood disorders. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier 2020;chap 124.

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดข้นและเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้และบางข้อมูลที่ต้องการศึกษาไม่ได้บันทึกในเวชระเบียน ดังนั้นจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัยบางส่วนจึงถูกคัดออก เนื่องจากเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ จึงทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยลดลง ส่งผลต่อการคำนวณทางสถิติและแปลผลข้อมูลได้ ดังนั้นควรพิจารณาทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) เพราะจะทำให้สามารถวางแผนในการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ และสามารถนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ขอขอบพระคุณ พญ.สาธิตา เรืองศิริ ภกกุล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) กุมารแพทย์ โรงพยาบาลบรบือ และ นพ.สุรเชษฐ์ ภูถาวรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองชัย ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



3. Sarici SU, Ozcan M, Altun D. Neonatal polycythemia: A Review. Clinical medical reviews and case reports 2016;3(11):1-6.
4. Ali AF, Hasan KH. Risk factors and evidence of neonatal polycythemia in Duhok maternity hospital a Cross-section study. Health science journal 2020;14(6):763.
5. Remon JI, Raghavan A, Maheshwari A. Polycythemia in the newborn. Neoreviews 2011;12(1):20-8.
6. Hajduczenia M. Polycythemia of the newborns. Arch perinatal med 2010;16(3):127-33.
7. Sankar MJ, Agerwal R. Management of polycythemia in neonates. Indian J Pediatr 2010;77(10):1117-21.
8. Abbas SA, Fayadh HF. Neonatal polycythemia: risk factors, clinical manifestation and treatment applied. The Iraqi postgraduate medical journal 2013;12(3):390-5.
9. Chalabi DA, Zangana KO. Neonatal polycythemia, Presentations and associations: A case control study. Journal of Kurdistan board of medical specialties 2018;4(1):68-72.
10. Kelsey J.L., Whittemore A.S., Evans A.S., Thompson W.D. Methods in Observational Epidemiology. Oxford University Press, 1996.
11. Aggarwala R, Punj A. Fetal risk factors, clinical profile, umbilical cord blood haematocrit as a screening test for polycythemia. International journal of science and research 2015;5(12):1788-92.
12. Alsafadi TRM, Hashmi SM, Youssef HA, Suliman AK, Abbas HM, Albaloushi MH. Polycythemia in neonatal intensive care unit, risk factors, Symptoms, Pattern, and management controversy. Journal of clinical neonatology 2014;3(2):93-6.
13. Tipan T, Ochoa E, Tipan J. Polycythemia in the newborn: prevalence and associated factors. Ecuatorian journal of pediatrics 2021;22(1):1-6.



ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors affecting the quality of life of elderly clubs in Bang Nok Kwak Bang Tee District,
Samut Songkhram Province

Received: December 02, 2021

Revised: December 28, 2021

Accepted: December 31, 2021

สุรีย์วรรณ สีลาดเลา¹, สรายุทธ ชุสuton², วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว¹,

กนกพร สมพร¹, นิวัฒน์ ทรงศิลป์¹

Sureewan Siladlao¹, Sarayut Chusuton², Wanwimon Mekwimon kingkaew¹,

Kanokporn Somporn¹, Niwat Songsin¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จำนวน 184 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t -test และ One-Way ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.537) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกายพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 0.491) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.694) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.526) ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.522) ผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ สถานภาพโรคประจำตัว ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชนที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

¹ Public Health Program, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

² Samut Songkhram Provincial Public Health Office.

E-mail: sureewan.si@ssru.ac.th



Abstract

This research was aimed to investigate the quality of life of the elderlies in the Senior Club to compare the differences between personal factors and the level of quality of life of the elderlies in the Senior Club, Nok Kwaek sub-District, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. The sample group was 184 elderlies. The statistics employed within the analysis were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, t – test and One-Way ANOVA

The findings showed that the level of the quality of life of the elderlies was at the “moderate” level ($\bar{X}$ =3.26, S.D. =0 .537). When considering each domain, the results showed as follows; the physical domain was at the “moderate” level ($\bar{X}$ =3.23, S.D.=0.491), social relationship ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.694), environment ($\bar{X}$ =3.32, S.D.=0.526). The psychological domain was at the “more” level ($\bar{X}$ =3.55, S.D. =0.522). The comparison between personal factors and level of the quality of life showed that the elderlies with different income, marital statuses, congenital diseases, care givers and the number of family members reported no difference in stress level. However, the elderlies with different sexes, ages, educational backgrounds, careers, family statuses and groups of friends reported statistically significant difference in stress level at 0.05

Keywords: quality of life, elderly, factors affecting the quality of life

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรหลายประเทศทั่วโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 กำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก โดยคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และสำหรับจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศซึ่งถือว่ามียัตราการ

เติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชียโดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในขณะที่วัยกันอัตราการเกิดจะลดลง นั่นคือกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเติบโตมากที่สุด โดยจะมีจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มจากปี 2559 ถึงปี 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปี ซึ่งในปี 2559 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.07, 15.45, 13,16.73 และ 17.57 ตามลำดับของประชากรทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุนับว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อม



ของการทำงานระบบต่าง ๆ ที่ร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจ ระบบหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง สมรรถภาพทางด้านร่างกายเสื่อมถอย ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา นอกจากนี้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้วยังมีปัญหาในด้านอื่นที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะ และโครงสร้างทางสังคมการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกายและจิตใจ สภาพร่างกายผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยตามกาลเวลา ทำให้วิตกกังวลรู้สึกหงุดหงิดง่าย ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าสูง ฟังพอใจในตนเองระดับต่ำ ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ร่างกายทำหน้าที่น้อยลง กิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ บกพร่องถ้าหากความวิตกกังวลสูงเป็นเวลานานๆ จะเกิดอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายได้ ดังนั้นการร่วมกิจกรรม ของผู้สูงอายุน่าจะช่วยให้จิตใจแจ่มใสได้ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หมายถึง มีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรม ตามความต้องการ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกตนเองมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น⁽²⁾ ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

เช่นกัน ดังนั้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข และพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัธยาศัยไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางสังคม และได้รับตอบสนองในสิ่งที่จำเป็นบนพื้นฐานของสังคม⁽⁸⁾

จังหวัดสมุทรสงครามเป็นหนึ่งในจังหวัดของประเทศไทยที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยพบว่าจำนวนของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามคิด 1 ใน 5 ของจังหวัดสูงวัย อยู่ในอันดับที่ 5 สัดส่วน ร้อยละ 22.25 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562) และจากการสำรวจประชากรสูงอายุปี 2562 จังหวัดสมุทรสงครามมีร้อยละประชากรสูงอายุสูงสุดในอำเภอบางคนที ร้อยละ 25.69 รองลงมา ในอำเภออัมพวา ร้อยละ 23.29 และอำเภอเมือง ร้อยละ 18.73 จากข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเป็นโรคมากกว่า 1 โรคมากกว่าร้อยละ 70 และพบว่าผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.93 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.67 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 2.75 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.45 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 0.74 ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ จากปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของชมรมผู้สูงอายุในตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัด



สมุทรสงคราม เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากผู้ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้ ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 – เดือนกันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ศึกษาประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 320 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างจากสูตรของเกรจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยิน สื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ และ

เป็นผู้สูงอายุที่ไม่อยู่ในภาวะติดเตียง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นจำนวน 175 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5 รวมจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะในครอบครัว ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540: 2) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHOCOL) ข้อมูลชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามชี้วัดคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อ จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มี



ความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ แต่ละข้อเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ขออนุญาต ในการเก็บข้อมูล และขอข้อมูลจากฐานข้อมูลในพื้นที่ กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พร้อมทั้งประสานงานกับ อาสาสมัครชุมชน รับทราบในวัน เวลา ที่จะลงเก็บข้อมูล

2. ก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ เตรียมความพร้อมตัวเอง และตรวจสอบ แบบสอบถามเพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการเก็บ ข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการแจก แบบสอบถาม ตามสัดส่วนที่ได้คำนวณไว้ใน กลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วน ของแบบสอบถาม ในกรณีพบว่าข้อมูลบางชุดที่มีคำถามที่ไม่ได้ตอบ ได้ดำเนินการขอข้อมูล เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจก แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ

แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ t-test ใช้สำหรับทดสอบ ความแตกต่าง ในกรณีที่ตัวแปรอิสระแบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ผู้ให้ การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด และกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็น ประจำในชุมชน

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ในกรณีที่ตัวแปรอิสระมี ตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว สถานะในครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัย มหาสารคาม เลขที่ 166-071/2564

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า มี ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 184 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.6 เพศชายคิดเป็น ร้อยละ 30.4 ส่วนใหญ่มีอายุช่วง 75-100 ปี คิด เป็นร้อยละ 40.2 สถานะภาพสมรส ส่วนใหญ่มี สถานะภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 45.7 ระดับ การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิด เป็นร้อยละ 50.0 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ อาชีพ คิดเป็นร้อยละ 39.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่ำกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.0 โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็น



ร้อยละ 70.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่จำนวนมี 3-5 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่มีสถานะในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 56. ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่ไม่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 59. ส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 55.4

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.817) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

2.1 ด้านสุขภาพร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.21$, S.D. = 0.830) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรผ่านไปได้ในแต่ละวัน ($\bar{x} = 3.38$, S.D. = 0.860) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือท่านจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงาน หรือ มีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน ($\bar{x} = 3.14$, S.D. = 0.948)

2.2 ด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.522) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล

บ่อยแค่ไหน ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 1.071) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านรู้สึกพึงพอใจ (เช่น มีความสุขความสงบมีความหวัง) มากน้อยเพียงใด ($\bar{x} = 3.41$, S.D. = 0.770) และ ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด ($\bar{x} = 3.41$, S.D. = 0.791)

2.3 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.694) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายขึ้นอย่างไรรวมถึงการช่วยเหลือตนเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์) ($\bar{x} = 3.31$, S.D. = 1.049) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน ($\bar{x} = 3.24$, S.D. = 0.815)

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.32$, S.D. = 0.526) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด ($\bar{x} = 3.59$, S.D. = 0.798) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือท่านมีเงินพอใช้จ่ายต่อความจำเป็นมากน้อยเพียงใด ($\bar{x} = 3.01$, S.D. = 0.746) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน

ด้านคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพร่างกาย	3.23	0.491	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.55	0.522	มาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.94	0.694	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.32	0.526	ปานกลาง
โดยรวม	3.26	0.537	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ สถานภาพ โรคประจำตัว ผู้ให้การดูแลใน การทำกิจกรรมประจำวัน จำนวนสมาชิกใน ครอบครัวที่แตกต่างกันมีระดับความเครียด

ไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะในครอบครัว กลุ่ม เพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำใน ชุมชนที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก จำแนกตามเพศ และจำแนกตามผู้ที่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม	กลุ่ม	T – test for Equality of Means			
		$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศ	ชาย	3.1738	.54708	7.409	.007*
	หญิง	3.3546	.39330		
คุณภาพชีวิตจำแนกตามผู้ที่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน	มี	3.1628	.49996	4.911	.028*
	ไม่มี	3.4095	.37714		



ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก จำแนกอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม	SS	Df	MS	F	Sig.
คุณภาพชีวิตจำแนกตามอายุ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.690	3	.563	2.842	.039*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	35.689	180	.198		
รวม	37.380	183			
คุณภาพชีวิตจำแนกตามสถานภาพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	.782	3	.261	1.282	.282
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	36.598	180	.203		
รวม	37.380	183			
คุณภาพชีวิตจำแนกตามระดับการศึกษา					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	4.410	5	.882	4.761	.000*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	32.970	178	.185		
รวม	37.380	183			
คุณภาพชีวิตจำแนกตามอาชีพ					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	7.031	5	1.406	8.248	.000*
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	30.348	178	.170		
รวม	37.380	183			
คุณภาพชีวิตจำแนกตามรายได้					
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	2.209	5	.442	2.236	.053
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	35.171	178	.198		
รวม	37.380	183			

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบล

บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$, $SD = 0.537$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 3.55$, $SD = 0.522$) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก สำหรับ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 3.32$, $SD =$



0.526) ด้านสุขภาพร่างกาย ($\bar{x} = 3.21$, S.D. = 0.830) และ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x} = 2.94$, SD = 0.694) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ สถานภาพ โรคประจำตัว ผู้ให้การดูแลใน การทำกิจกรรมประจำวัน จำนวนสมาชิกใน ครอบครัวที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชนที่แตกต่างกันมี คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีประเด็น อภิปรายดังนี้

1. ผลจากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุโดยรวม มีคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.26$, S.D. = 0.537) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิรุวรรณ เทิร์น โบล์ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัย ด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพ ชีวิตในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 71.7 และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิริยา โพธิ์ขวาง- ยุสท์ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง

คุณภาพชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเองภาวะ ซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลาง

ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.23$, SD = 0.491)การ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกิดขึ้นในทุกระบบ ของร่างกายผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเสื่อมของ การทำงานระบบต่างๆ ทั้งร่างกายโดยเฉพาะ ระบบประสาท ระบบหัวใจ ระบบหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะ เกิดซ้ำ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบมากที่สุดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และอีก ปัญหาหนึ่งคือโรคที่เกิดจากระบบระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อ ได้แก่ อาการปวดเอว ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ซึ่งปัญหาภาวะการ เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชวนนท์ อิ่มอาบ (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ อำเภอดุสิต จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้าน สุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.522) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของ



ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบได้จากการรับรู้ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ในด้านการท้อแท้ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า การแสดงออกของผู้สูงอายุทางอารมณ์นั้นทำให้ผู้สูงอายุมีความเปล่าเปลี่ยวจิตใจไม่มั่นคงเมื่อมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากระทบจิตใจเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้ผู้สูงอายุโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นนทชา ชัยทวิชานันท์, กมลภพ ขอดบ่อพลับ และพิงรัก ริยะชน (2564) ได้ทำการศึกษารื่องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษพบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.97$, S.D. = .842) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.694) เนื่องจากมีลักษณะเป็นสังคมชนบทคนอาศัยอยู่มากแต่ละชุมชนจะอาศัยอยู่ในชุมชนแถบเดียวกัน ย่อมทำให้ผู้สูงอายุทุกคนรู้จักกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมเดียวกันต้องเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือสังคม ผู้สูงอายุต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกันเสมอซึ่งการทำกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีมโนทัศน์ที่ดี รู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกศล สอดส่อง (2561) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษพบว่า ด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.40

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.526) เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลักและส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพเสริม ซึ่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่หน่วยงานรัฐบาลสนับสนุน ทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีรายจ่ายในด้านการเดินทางเพื่อไปรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชวนนท์ อิ่มอาบ (2563) ได้ทำการศึกษารื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรทิพย์ ท้าววัฒน์ (2561) ได้ทำการศึกษารื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาล ในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัด ผลการศึกษพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$, S.D. = 0.687)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกาญจนา สนอุทา และคณะ (2564) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต



ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มี อายุ ระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ชวนนท์ อิ่มอาบ (2563) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัด ราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส และรายได้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย สมรรถภาพ ทางกาย และโรคประจำตัว ดังนั้นควรจัด กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จัดกิจกรรม การอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นข้อมูลให้ผู้สูงอายุ เพื่อ เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันตัวเองให้ผู้สูงอายุ

2. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุ รู้สึกพอใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิก

ในครอบครัว และท่านรู้สึกพอใจต่อการผูกมิตร หรือเข้ากับคน เพื่อนบ้านได้ ดังนั้นหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องควรเพิ่มการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทาง สังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี รายได้น้อย แหล่งที่มาของรายได้หลักส่วนใหญ่ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่หน่วยงานรัฐ สนับสนุนเป็นหลัก และไม่มีรายได้ประจำอื่นๆ เข้ามาใช้จ่ายชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมี ข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดหาแหล่ง รายได้ตามความสามารถที่ผู้สูงอายุจะทำได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีใน การกรอกแบบสอบถาม จนทำให้การเก็บข้อมูล สำเร็จได้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบางนกแขวก อำเภอ บางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ช่วยอำนวยความสะดวกตลอดการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา สนอุทา, ชัยรัช จันทร์สมุด, ธันว ใจเที่ยง.คุณภาพชีวิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตตำบลสงเปลือยอำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์.ปี2564.วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564 ;33-39.



2. กิตติวงศ์ ศาสวต. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. วารสารชุมชนวิจัย, 11(2), 21-38.
3. โกศล สอดส่อง.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.ปี2561.วารสาร “ศึกษาศาสตร์ มมร” คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 6(1), 162-175.
4. ชวนนท์ อิ่มอาบ.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี.ปี2563. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(1), 65-77.
5. นนทชา ชัยทวิชานันท์, กมลภพ ขอดบ่อพลับ และ พิงรัก ริยะขัน.การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.ปี2564. Journal of Roi Kaensam Academi, 6(7), 236-249.
6. นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิทยา อยู่สุข, สาวิตรี รตโนภาส สุวรรณลี และคณะ.ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.ปี2562.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562;11-16.
7. พรทิพย์ ท้าวพัฒน์.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐบาลในเขตเทศบาลเมืองชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์.ปี2561. วารสารวิจัยวิชาการ, 1(3), 37-53.
8. รุ่งนภา ศรีวิชัยรัตน์. (2558). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครแหลมฉบัง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารทั่วไป. มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. วิริยาโพธิ์ขวาง-ยุสท์, อติญาณ์ ศรีเกษตริน,จิราพร อุดมกิจพัฒน์, จริญญา แก้วสกุลทอง,วัจมีย์ สุขวนวัฒน์.คุณภาพชีวิตความภาคภูมิใจในตนเองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.ปี2560.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560;243-435.



การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Problem Management model for Liver Fluke and Cholangiocarcinoma,
Kamalasai District, Kalasin Province

Received: December 22, 2021

Revised: December 30, 2021

Accepted: December 31, 2021

ประสิทธิ์ สงกันหา¹

Prasit Songkanha¹

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งท่อน้ำดี และสามารถป้องกันได้โดยการไม่รับประทานปลาดิบจากแหล่งระบาดและการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 คน การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม และกระบวนการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.78 อายุเฉลี่ย 48.39 ปี การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.24 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 74.15 ผลการศึกษาระยะที่ 4 พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ในระดับคืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.56$, $SD=0.74$) และการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า การจัดการกระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ได้รับความร่วมมือจากองค์กรในชุมชนในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดีอันนำไปสู่การพัฒนาแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ โรคมะเร็งท่อน้ำดี

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ในตับ, มะเร็งท่อน้ำดี

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)



ABSTRACT

Liver fluke disease is a major risk factor for bile duct cancer. And it can be prevented by not eating raw fish from the epidemic source and testing feces for liver fluke eggs. This study was a participatory action research. (Participatory Action Research: PAR) aimed to study the management model of liver fluke and cholangiocarcinoma of people in Kamalasai District, Kalasin Province. The sample consisted of 141 health security fund committees, community leaders and the general public. Data is collected by questionnaires and group discussion processes. General data were analyzed using descriptive statistics and knowledge comparison statistics before and after using Dependent t – test statistics.

The results showed that most of the samples were female, 68.78%, mean age 48.39 years, secondary education 50.24%, agricultural occupation 74.15%. Hepatobiliary and cholangiocarcinoma were at a statistically good level of 0.05. There was a moderate level of health beliefs about liver fluke ($\bar{X}$ 3.56, SD= 0.74) and using the model to manage liver fluke and cholangiocarcinoma, it was found that the problem condition analysis process find solutions to problems together Collaboration with community organizations in strategic planning was positively associated with remediation of liver fluke and cholangiocarcinoma.

In this study, information on liver fluke and cholangiocarcinoma led to the development of a management model for liver fluke and cholangiocarcinoma.

Keywords: liver fluke, cholangiocarcinoma

บทนำ

สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น คณะนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าคนไทย ร้อยละ 10 หรือ 6 ล้านคน ติดโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Opisthorchis viverrini* โดยพบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในตับเนื่องจากประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบที่ติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบผู้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในประเทศและในโลกด้วย⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกจัดให้โรคนี้อยู่ในบัญชีโรคของคนยากจนที่ถูกกลบเกล

และจัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽²⁾

รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนองพยาธิ ระดับประเทศ ของกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2539, 2552 และ 2557 พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ 11.8, 8.7 และ 5.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายหมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2552 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราความชุกสูงสุดถึง 85.2 แสดงให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบมีการ



คิดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.3 ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 0.5 ผู้คิดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำ ปี 2559 – 2562 ร้อยละ 13, 18, 4.1 และ 3.6 ตามลำดับ มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ ปี พ.ศ. 2559 – 2563 จำนวน 31,030 ราย พบผิดปกติ 9,421 ราย สงสัย 528 ราย⁽³⁾ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2562) อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการตรวจอุจจาระปี พ.ศ. 2562 จำนวน 3,823 ราย พบ OV จำนวน 659 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.24⁽⁴⁾

พยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเมินการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน พยาธิใบไม้ตับติดต่อสู่คนโดยการกินปลาดิบๆ สุกๆ ซึ่งมีระยะติดต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเกี่ยวกับระบบตับและทางเดินท่อน้ำดี เช่น ถุงน้ำดีอักเสบ ตับเหลือง นิ่วในถุงน้ำดี ตับมีไขมันโต และหลักฐานทางระบาดวิทยา และในสัตว์ทดลองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁵⁾

การแก้ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีต้นแบบที่ดีในตำบลเจ้าท่า ซึ่งได้ผลักดันเข้าเป็นวาระตำบล ในโครงการกาฬสินธุ์ 3 ดี คนดี สุขภาพดี รายได้ดี MOU ทุกภาคส่วน มาตั้งแต่ปี 2558 และดำเนินการตาม 5 มาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ที่ทางเขตสุขภาพที่ 7 ได้วางไว้ มีงบประมาณสนับสนุนหลักคือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเจ้าท่า งบเงินบำรุงจาก รพ.สต.ท่าเพลิง

และหนองบัว งบประมาณสนับสนุนจาก คปสอ.กมลาไสย จาก สสจ.กาฬสินธุ์ ที่สำคัญมีประชาชนตำบลเจ้าท่าร่วมจ่ายสมทบ (Co paying) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ไปจนถึงประชาชน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีบุคคลต้นแบบในการลดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เกิดนวัตกรรม จำนวน 3 เรื่อง “Co paying & Co prevention OV-CCA” ประชาชนร่วมจ่าย “จดหมายถึงพ่อ” ของนักเรียน “แผ่นความรู้สู่ครัวเรือน” ทุกครัวเรือนได้รับการสื่อสารความรู้ OV-CCA ทำให้อัตราความชุก OV ลดลง มุ่งสู่เป้าหมาย “คนเจ้าท่า ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายในปี พ.ศ. 2568”

ที่กล่าวมาทั้งหมด จึงอยากทราบปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้การจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่ต้นแบบชนะเลิศระดับประเทศ เป็นอย่างไร สามารถพัฒนาและนำไปใช้กับพื้นที่ตำบลกมลาไสยได้อย่างไร เพื่อนำผลจากการศึกษาไปปรับใช้ในการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในอำเภอกมลาไสย และจังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์



2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อประเมินผลการรูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

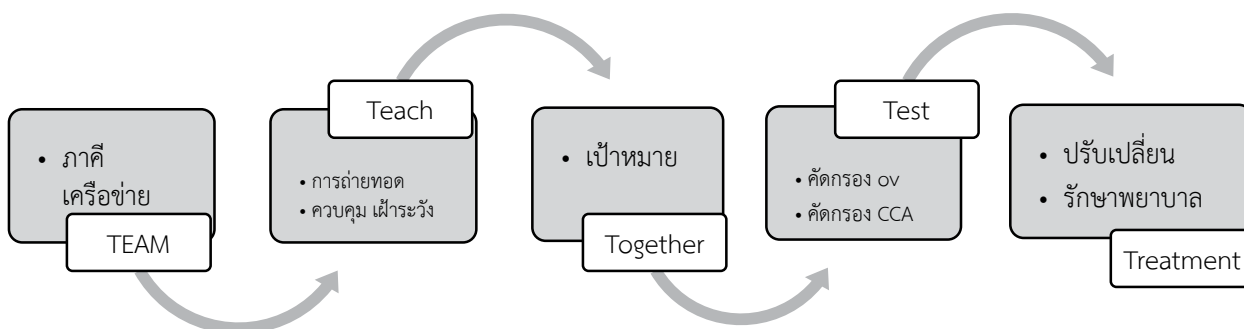
รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 คน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มละ 5 -6 คน

ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาจัดทำรูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มีความสอดคล้องทางด้านวิชาการ



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ผ่านกระบวนการระยะที่ 2 ไปใช้กับพื้นที่ที่มีปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ ตำบลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม PAR 4 ขั้นตอน

1. การวางแผนเพื่อสู่การเปลี่ยนแปลง (Planning)

2. การลงมือปฏิบัติตามแผน (Action)

3. การสังเกตการณ์ (Observation)

4. การสะท้อนกลับ (Reflection)

กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติ (Re-planning)

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม เพื่อศึกษาประเด็นการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ประเด็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับจัดการโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 – 6 คน

ระยะที่ 4 การติดตามประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน โดยการประเมินผลการดำเนินงานก่อนและหลังระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบบสอบถามวัดความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Statistical Inference)

ได้แก่ ระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Dependent t – test

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมมีการตรวจสอบข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา การตีความหมายจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 63/2562



ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.78 เพศชาย ร้อยละ 31.22 มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ร้อยละ 65.37 อายุเฉลี่ย 48.39 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.24 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.15 อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 13.66

1.2 ด้านความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 64.88 รองลงมามีความรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 26.34

1.3 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.56$, $SD=0.74$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.97$, $S.D.=0.51$) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.27$, $S.D.=0.44$) ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค โรคภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}=4.19$, $S.D.=0.55$) ด้านสิ่งชักนำให้

เกิดการปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.46$, $S.D.=0.37$)

1.4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นประจำอาหารประเภทปลา ร้าดิบ รองลงมาที่รับประทานประเภท หม้าดิบหรือ ส้ม/แหม่มดิบ (หมู/เนื้อ) นานๆ ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างไม่รับประทานมากที่สุดประเภท ลาบ ก้อยปลาดิบ

1.5 ด้านการปฏิบัติการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 40.2 รองลงมาระดับดีมากที่สุดร้อยละ 38.05 (Mean = 3.07 , SD = 0.64)

1.6 ด้านพฤติกรรมการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิและพฤติกรรมการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 71.73 เคยตรวจมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 43.41 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 25.17 พบพยาธิใบไม้ตับจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 18.37 พบพยาธิใบไม้ตับจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 4.76 และพบว่า มีพฤติกรรมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรักษาทุกครั้ง ที่ตรวจพบ และกินยาครบทุกครั้ง ร้อยละ 91.89 มีการซื้อยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับรับประทานเอง ร้อยละ 81.95



สรุปผลการวิจัย พบว่า การเปรียบเทียบความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ระดับความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งภาพรวม และรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ผลการศึกษารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

2.1 การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า รูปแบบจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการทำกระบวนการกลุ่มแบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 – 6 คนโดยมีกิจกรรม Team , Teach , Together, Test และ Treatment ได้ข้อสรุปทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านการนำองค์กร 2.ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ 3.ด้านการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4.ด้านการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5.ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรและเครือข่าย 6.ด้านการจัดกระบวนการดำเนินการตำบล 7. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2.2 การติดตามประเมินผลและสรุปถอดบทเรียน

พบว่า สภาพบริบทของพื้นที่ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าในแต่ละด้านมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสรุปผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน ในพื้นที่อำเภอกมลาไสย มีผลการวิจัยที่น่าสนใจและนำมาอภิปรายผลเพิ่มเติมตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) การศึกษาสภาพปัญหาบริบทพื้นที่ตำบลกมลาไสย และศึกษาตำบลจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลเจ้าท่า อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามแนวคิด PMQA สรุปผลได้ รูปแบบองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ด้านการนำองค์กร 2.ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ 3.ด้านการให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4.ด้านการวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5.ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรและเครือข่าย 6.ด้านการจัดกระบวนการดำเนินการตำบล 7.ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ อนันตะ (2563)⁽⁶⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการนิเทศงานสาธารณสุข โดยการ



ประยุกต์ใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) มาใช้ในการบริหารจัดการองค์การ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานราชการนำแนวคิด PMQA มาใช้ประเมินองค์กรด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ

2) การวิเคราะห์ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน ตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลังการทดลอง มีความรู้ดี จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 64.88 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 26.34 และมีความรู้ระดับไม่ดี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 8.78 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา คำจันทร์ และคณะ (2564) ⁽⁷⁾ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี ในอำเภอราศีไสล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภายหลังการทดลองประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3) การวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.74) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังษณา ศปัญญา และคณะ (2558) ⁽⁸⁾ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของชินพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ (2556) ⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความรู้การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทยปี 2556 พบว่า ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ตลอดจนการรับรู้ต่ออุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง

4) การวิเคราะห์พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานประจำ คือ ปลา ร้าดิบมากที่สุด



คิดเป็นร้อยละ 17.07 อาหารที่รับประทานเป็นบางครั้ง มากที่สุด คือ ปลาสด คิดเป็นร้อยละ 29.76 อาหารที่รับประทานนานครั้ง มากที่สุด คือ หมี่ดิบหรือ ส้ม/แฮมดิบ (หมู/เนื้อ) คิดเป็นร้อยละ 50.73 อาหารเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างไม่รับประทาน มากที่สุด คือ ถาป ก้อยปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 49.76 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา ศปัญญา และคณะ (2558)⁽⁸⁾ ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกินปลาดิบ ร้อยละ 52.60 และอาหารหมักดองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้อยละ 93.78 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดเลิกการบริโภคหมี่ ปลาดิบ และส้มแฮมดิบ (หมู) ร้อยละ 11.10 และ 21.70

การจัดระดับการพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 82 คน ร้อยละ 40.2 รองลงมา คือ ระดับดีมากที่สุด จำนวน 78 คน ร้อยละ 38.05 และน้อยที่สุด คือ ระดับไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.95 (Mean = 3.07 , S.D. = 0.64) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชินพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ (2556)⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย ปี 2556 พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมการ

บริโภคที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบเป็นประจำแทบทุกปี

พฤติกรรมการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนอำเภออมลาคไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับจำนวน 147 คิดเป็นร้อยละ 71.73 และเคยตรวจมากที่สุด 1 ครั้ง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 43.41 กลุ่มตัวอย่างตรวจอุจจาระแล้วพบพยาธิใบไม้ตับจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 25.17 พบพยาธิใบไม้ตับ 1 ครั้ง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 18.37 พบพยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้งจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 พบพยาธิใบไม้ตับ 3 ครั้งจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.04 ตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Parichat Saenna (2017)⁽¹⁰⁾ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจอุจจาระหาพยาธิพบว่ามีมากถึง ร้อยละ 90.72 สาเหตุที่ทำให้ประชาชนเคยตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับในรอบ 3 ปี เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลที่ให้รณรงค์ตรวจคัดกรองและจ่ายยาแก่ผู้ที่พบพยาธิมีระบบรายงานต่อเนื่องทุกปี

พฤติกรรมการซื้อยามาพยาธิใบไม้ตับกินเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการซื้อยารักษาพยาธิใบไม้ตับเอง จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 81.95 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชินพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ (2556)⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน



ของประเทศไทยปี 2556 พบว่า ประชาชนกินยาพาราเซตามอล สำหรับป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ร้อยละ 41.2 และซื้อยากินเองโดยไม่ตรวจอุณหภูมิ ร้อยละ 57.0

5) การวิเคราะห์ผลความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562

ผลการเปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนตำบลกมลาไสย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 พบว่า ระดับความรู้โรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งภาพรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อน

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรม เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งภาพรวม และรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญา รักษาณา (2562)⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่4-6 อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้ประโยชน์ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ การรับรู้การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ และการรับรู้การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

เอกสารอ้างอิง

1. โกศล รุ่งเรืองชัย. พยาธิใบไม้ในตับ...ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=779>
2. กระทรวงสาธารณสุข. โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปีพุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 - 2568. กระทรวงสาธารณสุข, 2559.



3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. 2562.
4. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอกมลาไสย. แผนยุทธศาสตร์คปสอ.กมลาไสย, 2562.
5. ญัตติวุฒิ แก้วพิบูลย์ และสรญา แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 12(1). 2553.
6. สุชาติ อนันตะ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานสาธารณสุขโดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริการภาครัฐ (PMQA) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2(1) 2563: 31 - 40.
7. กิตติยา คาจันท์, นพรัตน์ ส่งเสริม, ภัทรกร เจริญบุตร. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี ในอำเภอราศีไสล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564: 60 - 69
8. อังษณา ขสปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทร์มหา , เกษร แถวโนนจิว. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย ปี 2556. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2558: 89- 97.
9. ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, เกษร เถาโนนจิว, วันทนา กลางบุรัมย์. ทำการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทยปี 2556. วารสารควบคุมโรค. 41(1) , 2558: 77 – 86.
10. Parichat Saenna, Cameron Hurst, Pierre Echaubard, Bruce A. Wilcox, and Banchob Sripa. Fish sharing as a risk factor for Opisthorchis viverrini infection: evidence from two villages in north-eastern Thailand. Saenna et al. Infectious Diseases of Poverty (2017) 6:66 :1-9.
11. ปรัชญา รักษาณา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9. 25(2) 2562: 45-55.



การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of community service center DIC (Drop-in Center) in caring for HIV-infected
people, Kamalasai District, Kalasin Province

Received: December 21, 2021

Revised: December 30, 2021

Accepted: December 31, 2021

ประสิทธิ์ สงกันหา¹

Prasit Songkanha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) และการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ตำบลหนองบัว จำนวน 142 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และกระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ one way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินงานพบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรจาก อบต. มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่ต่างกัน ส่วนระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คือ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ ได้แก่ สามารถตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยให้คำปรึกษาแนะนำได้เป็นต้น และขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม สะดวกและปลอดภัย ร้อยละ 100 น้อยที่สุด คือ ความกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ ร้อยละ 96.43

คำสำคัญ: ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) , ผู้ติดเชื้อ HIV

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)



ABSTRACT

This research was participatory action research aimed to study the problem condition. And service guidelines of DIC (Drop in Center) and development of DIC (Drop in Center) for caring for HIV-infected people, Kamalasai District, Kalasin Province. Sample size were 142 Service personnel in DIC (Drop in Center), Nong Bua Subdistrict. Data were collected by questionnaire and group process. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t-test and one way ANOVA.

The results of the study found that After the operation, it was found that the understanding of Community Service Center (DIC) standards for caring for HIV-infected people, Kamalasai District, Kalasin Province better before operation statistically significant at the 0.05 level. And public health volunteers, community leaders and personnel from the Subdistrict Administrative Organization have no difference in understanding of the Community Service Center (DIC) standards for caring for HIV-infected people in Kamalasai District, Kalasin Province. The level of satisfaction of those who received services at the community service center at the highest level, the most is the convenience of accessing services. Knowledge and ability to provide services such as being able to answer questions, clarify doubts, give advice, recommend, etc. and the service procedures are appropriate Convenience and safety, 100 percent, the least is the service provider's enthusiasm 96.43%

Keywords: Drop in Center, HIV-infected

บทนำ

โรคเอดส์ หรือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสมีชื่อว่า ฮิวแมน อิมมูโน เดฟีเซียนซี ไวรัส (Human Immunodeficiency Virus :HIV) หรือเรียกย่อๆ ว่า เชื้อเอชไอวี โดยเชื้อเอชไอวีจะเข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จนร่างกายไม่สามารถต้านทานเชื้อโรคได้อีก โรคต่างๆ (หรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า โรคฉวยโอกาส) จึงเข้ามาซ้ำเติมได้ง่าย เช่น วัณโรค ปอดบวม ติดเชื้อใน

ระบบโลหิต เชื้อรา ฯลฯ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด⁽¹⁾

สถานการณ์การติดเชื้อ HIV ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ HIV นับตั้งแต่มีการระบาด 38 ปี ล่าสุดจำนวน 77.3 ล้านคน และ 35.4 ล้านคนเสียชีวิต นับตั้งแต่มีการระบาด และมีจำนวน 36.9 ล้านคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 และมีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ใหม่ในปี พ.ศ. 2560 อีกจำนวน 1.8 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา 35 ปี และมีผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนเสียชีวิต นับตั้งแต่มีการระบาด และผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนคนติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตในปี พ.ศ. 2560 (ประมาณ 2% ของ



ทั้งโลก) และมีผู้ติดเชื้อใหม่ประมาณ 6 พันคน เฉลี่ยวันละ 17 คน (ประมาณ 0.3% ของทั้งโลก)⁽²⁾

จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค รายงานว่า กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.86) รองลงมาได้แก่ อายุ 25 - 29 ปี โดยพบว่ากลุ่มอายุต่ำสุด คือ กลุ่มอายุเพียง 10-14 ปี (ร้อยละ 0.29) เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่าอาชีพรับจ้างเป็นกลุ่มที่เป็นเอดส์มากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกร ว่างงาน ค้าขาย และแม่บ้าน ส่วนสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์นั้น พบว่าร้อยละ 83.97 ติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ รองลงมา คือ การฉีดยาเสพติดเข้าเส้น และติดเชื้อจากมารดา⁽³⁾

การที่ผู้ติดเชื้อ HIV จะสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งผู้ป่วยคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ รักษาไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรัง ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านไวรัสตรงเวลาเดิมทุกวัน ผู้ป่วยบางรายเลือกรักษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คลายเครียดด้วยการทำสมาธิ ยึดหลักศาสนาเป็นที่พึ่ง ปลงตกกับชีวิต ไม่กลัวตาย ส่วนด้านสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่อย่างมีความสุข บางคนเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์ ซึ่งถ้าการดูแลตนเองไม่เหมาะสมหรือการรักษาไม่ต่อเนื่องจะส่งผลต่อสุขภาพ⁽⁴⁾ การที่ครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนจึงมีความสำคัญ และส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญและเป็นพลังในการขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ โดยเน้นการมีส่วน

ร่วมของชุมชนจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยชุมชนสามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้หลายวิธี ตั้งแต่ สร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ให้กับคนในชุมชน ภาคประชาสังคมร่วมการจัดบริการ การเข้าถึงกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนให้ได้รับการตรวจเอชไอวีและเชื่อมต่อบริการไปยังสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการเข้าสู่การบริการป้องกันและดูแลรักษา เป็นต้น ซึ่งการร่วมมือร่วมใจกันของชุมชนจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ศูนย์บริการชุมชน (DIC-Cluster) เป็นกระบวนการการจัดระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV โดยมีกระบวนการที่ครอบคลุมชุดบริการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงการดำเนินงานของศูนย์บริการชุมชน (Drop In Center : DIC) ทั้งที่ดำเนินการโดย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายหน่วยสนับสนุน รวมทั้งภาคีเครือข่ายหน่วยวิชาการ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ ด้านการวางแผน การบริหารจัดการ การดำเนินงานการใช้ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามนโยบายยุติปัญหาเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรคของประเทศ ที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV จังหวัดกาฬสินธุ์



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนมกราคม - กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 9 เดือน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเข้าใจของบุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ความพึงพอใจผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน (DIC) และผลการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ตำบลเจ้าท่า อำเภอมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 142 คน ประกอบด้วย อสม. 100 คน ผู้นำชุมชน 24 คน จนท.อบต. 18 คน โดยเลือกเอากลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการให้บริการในศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

มีรายละเอียด และวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนาจัดทำแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 3 ขึ้นนำรูปแบบที่ได้ในระยะที่ 2 ไปใช้ กับพื้นที่ตำบลอมลาลัย เป็นพื้นที่ที่นำร่องในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 4 ขึ้นการประเมินผลและถอดบทเรียน โดยการประเมินผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบริการศูนย์บริการชุมชน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการสรุปรายงานการประชุม

2. แบบสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.85

3. แบบประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน (DIC) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับศูนย์บริการชุมชน จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ระดับความพึงพอใจที่มีต่อศูนย์บริการชุมชน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.69

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้องมากที่สุด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความชัดเจนโดยใช้วิธีตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากข้อมูลทั้งหมด ด้านข้อมูลจากแหล่งข้อมูลสถานที่ เวลา และบุคคล ด้านวิธีการเก็บใช้วิธีการเก็บข้อมูลเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างกัน เช่น การศึกษาจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม การประชุม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และรวบรวมสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test และ F-test

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณารับรองการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 63/2564



ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหา และแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประเมินพื้นที่/ชุมชน ประเมินสถานการณ์ HIV/ STI/TB ของพื้นที่ สภาพปัญหา ประเมินการทำงาน HIV/ STI/TB ซึ่งพบว่า

1.1 ปัญหาจากการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาด้านระบบบริการ การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ รูปแบบให้บริการในคลินิก ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ควรมีการจัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยขาดนัด กินยาไม่ตรงเวลา

1.2 แนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) โครงสร้างของ DIC ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของ DIC รูปแบบหลักการบริการ และบทบาทหน้าที่ขององค์กร/หน่วยงานต่าง ๆ ภายใน 2) การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุน DIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างทีมงาน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพแลพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้ชุดบริการ RRTR การขอรับการสนับสนุนงบประมาณ การระดมทรัพยากร การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเทียบระดับบริการ (Benchmarking Process) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. การนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัด

กาฬสินธุ์ และนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.1 การสร้างความต้องการในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Demand creation) ได้แก่ การประชาสัมพันธ์แนะนำบริการ การรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสร้างเครือข่ายแกนนำ อสม. ในการให้ความรู้

2.2 การแนะนำบริการมีแผนผังแนะนำขั้นตอนการรับและให้บริการตั้งแต่ การเข้ารับบริการจนถึงการรักษา

2.3 การมอบหมายหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ มีตารางปฏิบัติงาน การจัดเวรเจ้าหน้าที่และผู้รับผิดชอบหลักในการทำงาน เปิดให้บริการทุกวันอังคาร 1 ครั้งต่อสัปดาห์

2.4 การกำหนดเวลาในการเปิด-ปิด และมีป้ายแสดงที่ชัดเจนสอดคล้องกับเวลาที่กลุ่มเป้าหมายสะดวกต่อการเข้ารับบริการ

2.5 การกำหนดข้อตกลงในการรับบริการเพื่อความปลอดภัย

2.6 ระบบรักษาความลับในการให้บริการของกลุ่มเป้าหมาย

2.7 ระบบคัดกรองและระบบส่งต่อเรื่องสุขภาพ เอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค ไปรับบริการในโรงพยาบาลและในกรณีฉุกเฉินมีแผนการส่งต่อผู้รับบริการที่ชัดเจน ตามขั้นตอนที่แสดงไว้

2.8 การจัดบริการในศูนย์บริการชุมชน

1) บริการให้คำปรึกษาเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ศูนย์บริการชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว มีการให้



คำปรึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยง ให้บริการแก่ผู้
ที่มาใช้บริการทุกราย

2) มีบริการตรวจวินิจฉัยหาการ
ติดเชื้อ HIV แบบทราบผลในวันเดียว (SDR)

3) มีการสนับสนุนสิ่งจำเป็นใน
การป้องกันการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์

4) มีกิจกรรมให้ความรู้เฝ้าระวัง
ป้องกันควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ วัณโรคและโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
(4.1) อบรม อสม. ครู ก ให้มีความรู้ และทักษะ
ในการเชิญชวนกลุ่มเสี่ยงตรวจเลือดโดยสมัครใจ
(4.2) อบรมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้โรคเอดส์
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภัยของอนามัยและการ
ป้องกันตนเอง ในกลุ่มเยาวชนเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองบัว ใน
วันที่ 30 มิถุนายน 2563 (4.3) การอบรมเชิง
ปฏิบัติการ ให้ความรู้โรคเอดส์ โรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ภัยของอนามัยและการป้องกันตนเอง
ในกลุ่มเยาวชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองบัว วันที่ 3 กรกฎาคม
2563

5) กิจกรรมประชาสัมพันธ์สร้าง
แรงจูงใจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการ
ได้แก่ เครือข่ายแกนนำชายรักชาย กลุ่มพลังสาว
สอง และกลุ่มเยาวชนตำบลเจ้าท่า

6) มีช่องทางในการสื่อสารกับ
กลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการต่างๆ 6.1) ช่องทาง
สื่อสาร Facebook “วัยโจ๋กมลาไสย”
6.2) ช่องทางสื่อสาร ไลน์ “เลิฟแคร์สเตชั่น”

7) มีกิจกรรมรณรงค์สู่สาธารณะ
อบรมให้ความรู้เพศศึกษา โรคเอดส์ โรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มนักเรียนการศึกษานอก
ระบบร่วมกับโรงพยาบาลกมลาไสย, รพ.สต.
บ้านหนองบัว, กลุ่มเพื่อนกมลาไสยเมืองชัย, กลุ่ม
พลังสาวสอง จัดแข่งขันวอลเลย์บอลสาวประเภท
สองร่วมกับ กลุ่มพลังสาวสอง ให้ความรู้โรค
เอดส์เชิญชวนตรวจเลือดโดยสมัครใจ จัด
กิจกรรม ณ ตำบลดงลิง

8) มีแผนกิจกรรมออกหน่วยบริการ
เคลื่อนที่ (Mobile Service) โดยบูรณาการกับการ
ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สุทธาสาลาภาพสินธุ์
และช่วงบ่ายลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย

9) มีบริการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ
สังคม และอื่นๆ

10) มีระบบการติดตามผู้รับบริการ
ที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการชุมชนและ
ผู้รับบริการที่ส่งต่อไปรับบริการและรักษาอย่าง
ต่อเนื่องเป็นลายลักษณ์อักษร

3. การศึกษาผลการพัฒนาศูนย์บริการ
ชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ
HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลการจัดบริการด้านเอดส์
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรคตาม
กระบวนการ RRTTR ในกลุ่มประชากรหลัก
ศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการ
ดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภอ กมลาไสย จังหวัด
กาฬสินธุ์



ตารางที่ 1 ผลการจัดบริการด้านเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรคตามกระบวนการ RRTTR

กลุ่มเป้าหมาย	Reach (ราย)	Recruit (ราย)	Test (ราย)	Treat(ราย)	Retain(ราย)	
	จำนวนการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการตรวจเอชไอวีและเข้าสู่ระบบบริการป้องกันได้	จำนวนการตรวจเอชไอวี	จำนวนผู้เข้ารับการรักษา	จำนวนผู้คงอยู่ในระบบ	
					Positive	negative
MSM/TG	19	3	3	-	1	-
FSW	3	2	2	-	1	-
PWID	1	1	1	-	-	1
อื่น ๆ	94	79	79	-	-	-
รวมทั้งสิ้น	117	85	85	-	2	1

จากตาราง พบว่า จำนวนการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายการจัดบริการด้านเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรคตามกระบวนการ RRTTR คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการตรวจเอชไอวีและเข้าสู่ระบบบริการป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 100

3.2 ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) โดยรวมและรายด้านของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ขับเคลื่อน	3.64	0.23	4.56	0.21	142	-27.84	0.000	-0.97	-0.84
จัดการ	3.65	0.27	4.61	0.20	142	-29.36	0.000	-1.02	-0.89
บริการ	3.61	0.26	4.61	0.22	142	-32.94	0.000	-1.06	-0.94
รวม	3.63	0.13	4.59	0.10	142	-58.70	0.000	-0.99	-0.92



จากตาราง พบว่า การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ของ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .000$) ทุกค่า โดยที่หลังการดำเนินงาน มีระดับความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) มากกว่าก่อนการดำเนินงาน (t มีค่าเป็นลบทุกค่า)

ตารางที่ ๓ การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) โดยรวมและรายด้านของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (F – tests ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

ตัวแปร		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
มาตรฐานการขับเคลื่อน	Between Groups	0.001	2	0.000	0.007	0.993
	Within Groups	6.425	140	0.046		
	Total	6.426	142			
มาตรฐานด้านบริหารจัดการ	Between Groups	0.017	2	0.008	0.204	0.815
	Within Groups	5.659	140	0.040		
	Total	5.675	142			
ด้านระบบบริการ	Between Groups	0.004	2	0.002	0.039	0.961
	Within Groups	6.908	140	0.049		
	Total	6.912	142			
รวม	Between Groups	0.000	2	0.000	0.019	0.981
	Within Groups	1.557	140	0.011		
	Total	1.558	142			

จากตาราง พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรจาก อบต. มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อัมพาต กล้ามเนื้อ จังหวะการพ่นหายใจ พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการได้รับความรู้ ทุกคน คิดเป็นร้อยละ

100 รับถุงยางอนามัยและ/หรืออุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ ร้อยละ 80.95 ได้รับการให้คำปรึกษาตรวจหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 94.05 ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คือความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความรู้ความสามารถในการให้บริการเช่นสามารถตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยให้คำปรึกษาแนะนำได้เป็นต้น และขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม สะดวกและปลอดภัย



ร้อยละ 100 น้อยที่สุดคือความกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ ร้อยละ 96.43

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) และพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัญหา และแนวทางการให้บริการของศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งพบว่าปัญหาจากการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาด้านระบบบริการ การอำนวยความสะดวกของเจ้าหน้าที่ รูปแบบให้บริการในคลินิก ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ควรมีการจัดอบรมความรู้เพิ่มเติมให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน สำหรับแนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) โครงสร้างของ DIC ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของ DIC รูปแบบหลักการบริการ และบทบาทหน้าที่ขององค์กร/หน่วยงานต่างๆ ภายใน 2) การบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุน DIC ซึ่งประกอบด้วย การสร้างทีมงาน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพแลพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนงาน/โครงการภายใต้ชุดบริการ RRTTR การขอรับการสนับสนุนงบประมาณ การระดมทรัพยากร การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเทียบระดับบริการ (Benchmarking Process) และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁽⁵⁾

หลังจากนั้นนำมากำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การสร้างความต้องการในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Demand creation) การแนะนำบริการ การมอบหมายหน้าที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ การกำหนดเวลาในการเปิด-ปิด การกำหนดข้อตกลงในการรับบริการเพื่อความปลอดภัย ระบบรักษาความลับในการให้บริการของกลุ่มเป้าหมาย ระบบคัดกรองและระบบส่งต่อเรื่องสุขภาพ และการจัดบริการในศูนย์บริการชุมชน ซึ่งจากการดำเนินงาน พบว่า หลังการดำเนินงานความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ ดีวก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคลากรจาก อบต. มีความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (DIC) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่ต่างกัน จำนวนการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายการจัดบริการด้านเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค ตามกระบวนการ RRTTR คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการตรวจเอชไอวีและเข้าสู่ระบบบริการป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัว อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คือ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ



เช่น สามารถตอบคำถามชี้แจงข้อสงสัยให้คำปรึกษาแนะนำได้เป็นต้น และขั้นตอนการให้บริการมีความเหมาะสม สะดวกและปลอดภัย ร้อยละ 100.00 น้อยที่สุด คือ ความกระตือรือร้นของผู้ให้บริการ ร้อยละ 96.43 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจ ในการมารับบริการศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้รับบริการมีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรฉิม (2563)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ จากการจัดกระบวนการ “แผนที่ความคิด” พบว่า ปัญหาและความคาดหวังในการมารับบริการ ได้แก่ การอำนวยความสะดวก และรูปแบบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิก ผลการสนทนากลุ่มปรากฏผล คือ 1) พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ไม่ทันเวลา 2) ควรมีแนวทางปฏิบัติให้ใช้ได้สะดวกและเป็นลายลักษณ์อักษร 3) อยากให้จัดอบรมความรู้ใหม่ๆ และข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร และการให้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน ปรากฏผลคือ 1) ผู้ป่วยขาดนัด กิยาไม่ตรงเวลา 2) สิ่งส่งตรวจไม่เหมาะสม การวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนา ได้นำปัญหาเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะทำงานคุณภาพ มีการปรับปรุงด้านอัตราค่าส่งคน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ ปรับอาคารสถานที่ให้เป็นสัดส่วน พัฒนา CPG จำนวน

2 เรื่อง จัดทำแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงาน แล้วนำมาทดลองใช้ 1 เดือน พบมีข้อที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ป่วยใหม่ทั้งในรายที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย การซักประวัติ การประเมินโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการจัดการปัญหาเมื่อมีโรคร่วม ไม่ชัดเจน การนัดหมายในครั้งแรกและครั้งต่อมาไม่ชัดเจน รวมถึงกรณีการส่งต่อ จึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ เป็นครั้งที่ 2 ซึ่งมีการนำไปใช้ตั้งแต่เดือน เมษายน 2562 ถึงปัจจุบัน และส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายเก่าที่ไม่เปิดเผยตัวยินยอมเปิดเผยตัว 5 ราย และรายที่ขาดนัด จำนวน 6 ราย กลับมารับยาต่อ จำนวน 5 ราย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประจักษ์ เทิกขุนทด (2564)⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว ผลการศึกษา พบว่า ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการศึกษาบริบท รูปแบบการปฏิบัติงานในคลินิกรับยาต้านไวรัส วิเคราะห์สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการ การให้บริการดูแลรักษา ขั้นตอนการวินิจฉัยได้เพิ่มความรู้ สร้างความตระหนักแก่ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อบรมฟื้นฟูศักยภาพผู้ประสานงาน (HIV Coordinator: HIV Co) และทีมที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปรับระเบียบปฏิบัติงานทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้ทันสมัยและมีการ



ประกาศใช้ เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนามาใช้ พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงสมัครใจตรวจหาเชื้อเอชไอวี จำนวน 391 คน และกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการแสดงที่ตรงกับเอดส์ 2 คน เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีแก่ครอบครัวและมารับการตรวจ ที่โรงพยาบาล ผลเป็นบวกทั้ง 2 คน ได้รับยาต้านไวรัสตามเกณฑ์ และอัตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 93.24

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาศูนย์บริการชุมชน DIC (Drop in Center) ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน อสม. ผู้นำชุมชน กลุ่มพลังสาวสอง กลุ่มสตรีแม่บ้าน และที่สำคัญประชาชนให้ ความศรัทธา ทำให้การดำเนินงานของ DIC รพ.สต.หนองบัว ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ Communities make the difference : คนเข้าทำ รวมพลังชุมชนยุติเอดส์ “ไม่คิด – ไม่ตาย – ไม่ตีตรา”

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. เอดส์ ป้องกันได้[ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <https://new.camri.go.th/infographic/95>
2. วงการแพทย์. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยเผย “ความก้าวหน้าการรักษา HIV ในปัจจุบัน” [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
3. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. โรคเอดส์ การระบาดที่ยังไม่มีวัคซีน. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778>
4. Juntaramano S.,Sawangareeruk J. Lifestyles and health behaviors of persons with HIV/AIDS with food quality of life. Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2):57-69.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน (Drop in Center : DIC) สำหรับการจับบริการเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค. [ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึง 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/1813>
6. สัจพงษ์ โชคคติวัฒน์ และดวงฤดี วรฉิม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์ 2563; 32(1):15-27.
7. ประจักษ์ เหมขุนทด.การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลส่องดาว วารสารโรคเอดส์ 2564; 33(3):151-64.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม

Health Literacy Associated with Health Behavior among Elderly with Active Aging in Nakhon Pathom Province

Received: November 16, 2021

Revised: December 29, 2021

Accepted: December 30, 2021

สมใจ อ่อนละเอียด¹

Somjai Ornlaid¹

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุฤฒพลัง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 420 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.84 ± 0.374 , 3.55 ± 0.347 ตามลำดับ ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุฤฒพลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บุตรทำหน้าที่ดูแล การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามลำดับ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($P\text{-value} < 0.001$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($P\text{-value} = 0.001$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($P\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา ($P\text{-value} = 0.004$) ตามลำดับ โดยมีความแม่นยำในการพยากรณ์ ร้อยละ 14.1 ($R^2 = 0.144$)

ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่จะช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุฤฒพลัง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม



Abstract

Physical decline in the elderly may increase the risk of chronic disease caused from health behavior among elderly. This descriptive research aimed to study health literacy factors associated with health behavior among elderly with active aging. Population was elderly with active aging which be registered in Nakhon Pathom Province. The sample size calculating used Daniel formula for 420 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data during October to November, 2021. Data collected by questionnaires are tested reliability about 0.867. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis.

The result showed that health literacy factors had mean score with high level and health behavior had mean score with high level, the mean score and standard deviation were 3.84 ± 0.374 , 3.55 ± 0.347 , respectively. Factor was associated with health behavior among elderly with active aging significantly 0.05 level including; education completed, average family income, care giver, access skill, cognitive skill, communication skill, self-management skill, media literacy skill and decision skill, respectively. Factors can predict health behavior among elderly with active aging including; decision skill (P-value<0.001) media literacy skill (P-value=0.001) cognitive skill (P-value<0.001) and education completed (P-value=0.004), respectively. The accurate for prediction was 14.1% ($R^2=0.144$).

Thus, health worker and member elderly club should support activities to develop this dimension of health behavior which can promote a better health status.

Keywords: Health literacy, Health behavior, Elderly with active aging

บทนำ

ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.8 ของประชากรไทย⁽¹⁾ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จะเพิ่มเป็น ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด⁽²⁾ สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 125,679 132,909 และ 138,171 คน ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of Daily Living) โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน



88,405, 99,322 และ 112,166 คน กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุ
ติดบ้าน จำนวน 1,988, 1,990 และ 1,946 คน และ
กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 793, 760 และ
652 คน ตามลำดับ⁽³⁾

สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผล
การตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ พบว่า ปี พ.ศ.
2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหา
สุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความ
ดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากปัญหาสุขภาพ
ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง
ร้อยละ 3.52 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.78
โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.46 ตามลำดับ⁽³⁾ จาก
แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่ง
ภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่
เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจาก
ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆ ด้าน
ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการ
เจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว
ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย
เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง
หลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง
การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตก
กังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ
สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาด
แรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความ
เชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง⁽⁴⁾ การ
เปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยที่
เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้า
ร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เกิดการพึ่งพิงทั้ง

ด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็น
ในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ
ของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
ในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ
สังคมจะส่งผลกระทบถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผล
ให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง⁽⁵⁾

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลาย
ด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้ง
ทางร่างกายและทางจิตใจ จากผลการตรวจ
คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.
2563 พบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ
เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
8.57 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.11 โรคหลอดเลือด
สมอง ร้อยละ 28.22 ภาวะความเครียด ร้อยละ
5.58 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.79 ตามลำดับ⁽³⁾
ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความ
พร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็น
เรื่องที่สำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมี
สุขภาพแข็งแรง⁽⁶⁾

การศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ
พึ่งพิง ซึ่งตรงกับกรอบนโยบายขององค์การ
อนามัยโลกในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มี
สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว เรียกว่า
ผู้สูงอายุพลพดล (Active Aging) ซึ่งเป็น
กลุ่มเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้
เหมาะสม อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในอนาคต⁽⁷⁾ เนื่องจากผู้สูงอายุในจังหวัด
นครปฐมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพลพดลที่มีสุขภาพ
แข็งแรง (Healthy aging) ร้อยละ 96.96 ดังนั้น
การศึกษาวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพลพดล เพื่อนำ



ข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบ
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
พุดมพลัง จังหวัดนครปฐม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา
(Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัว
แปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของ
ผู้สูงอายุ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม
ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพุดมพลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของ
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ
2563 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือน
ขึ้นไป จำนวน 145,522 คน ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก
ของชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มี
สุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน
ADL และไม่มีภาวะพึ่งพิง เกณฑ์การคัดออกคือ
ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วง
เก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอน
ของ Daniel⁽⁸⁾ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่
95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้
เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ
420 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ
(Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อ
ของผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของ
ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม จำนวน 420 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ
แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้
สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้
ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการ
ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้
แนวคิดของ Nutbeam⁽⁹⁾ ประกอบด้วย การเข้าถึง
ข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้
ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความ
เชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและ
สารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง,
การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ลักษณะข้อ
คำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วย
อย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
การจัดการอารมณ์ การไม่ดื่มสุรา การ
ไม่สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า
5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย
น้อยที่สุด



แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)

ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน)

ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹¹⁾ เท่ากับ 0.867

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็น Normality และใช้การทดสอบแบบพารามेटริกซ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เอกสารรับรองเลขที่ 15/2564 วันที่ 7 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.76 ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 49.05 อายุเฉลี่ย 67.58 ± 6.61 สถานภาพสมรส/คู่และอยู่

ด้วยกัน ร้อยละ 59.76 และมีคู่สมรสถึงแก่กรรม 10.24 ราย / หย่า / แยก ร้อยละ 29.29 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.76 และมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 10 มีเพียงร้อยละ 12.85 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.71 รายได้เฉลี่ย $5,837.43 \pm 5,351.96$ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน / ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 31.90 ผลการประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL ส่วนใหญ่มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 41.90 โดยมี ADL เฉลี่ย 16.16 ± 3.590 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 89.76 สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ บุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.05 รองลงมาคือ สามีและ/หรือภรรยา ร้อยละ 30.48 และมีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว) ร้อยละ 10.24 ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.29 โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.29 โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.76 และโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.38 ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.84 ± 0.374 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.01 ± 0.531 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 3.92 ± 0.446 ด้านการสื่อสาร



เพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย
3.77±0.532 ด้านการจัดการตนเองให้มีความ
ปลอดภัย คะแนนเฉลี่ย 3.81±0.584 ด้านการรู้
เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คะแนนเฉลี่ย
3.62±0.542 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่
ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 3.85±0.528 ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมมี
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
3.55±0.347 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง
ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ย 3.81±0.592
การไม่ดื่มสุรา คะแนนเฉลี่ย 3.65±0.586
ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนในระดับ
ปานกลาง ได้แก่ การบริโภคอาหาร คะแนนเฉลี่ย
3.54±0.440 การออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ย
3.48±0.619 การจัดการอารมณ์ คะแนนเฉลี่ย
3.36±0.427 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง จังหวัดนครปฐม

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	286	68.10	133	31.67	1	0.24	3.84	0.374
1. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	344	81.90	75	17.86	1	0.24	4.01	0.531
2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	304	72.38	115	27.38	1	0.24	3.92	0.446
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	280	66.67	136	32.38	4	0.95	3.77	0.532
4. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	281	66.90	134	31.90	5	1.19	3.81	0.584
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	236	56.19	171	40.71	13	3.10	3.62	0.542
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	280	66.67	138	32.86	2	0.48	3.85	0.528
พฤติกรรมสุขภาพ	156	37.14	264	62.86	-	-	3.55	0.347
1. การบริโภคอาหาร	150	35.71	268	63.81	2	0.48	3.54	0.440
2. การออกกำลังกาย	178	42.38	217	51.67	25	5.95	3.48	0.619
3. การจัดการอารมณ์	83	19.76	334	79.52	3	0.71	3.36	0.427
4. การไม่สูบบุหรี่	258	61.43	158	37.62	4	0.95	3.81	0.592
5. การไม่ดื่มสุรา	212	50.48	202	48.10	6	1.43	3.65	0.586



ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ระดับการศึกษา ($r=0.146$, $P\text{-value}=0.003$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=-0.114$, $P\text{-value}=0.019$) บุตรทำหน้าที่ดูแล ($r=0.101$, $P\text{-value}=0.038$) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r=0.171$, $P\text{-value}<0.001$) ความรู้

ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r=0.201$, $P\text{-value}<0.001$) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($r=0.194$, $P\text{-value}<0.001$) การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ($r=0.212$, $P\text{-value}<0.001$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r=0.258$, $P\text{-value}<0.001$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.283$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- ระดับการศึกษา	0.146	0.003	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	-0.114	0.019	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- บุตรทำหน้าที่ดูแล	0.101	0.038	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.315	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.171	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.201	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.194	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	0.212	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.258	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.283	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก



ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($P\text{-value}<0.001$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($P\text{-value}<0.001$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ

($P\text{-value}<0.001$) ระดับการศึกษา ($P\text{-value}=0.003$) ตามลำดับ ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 14.4 ($R^2=0.144$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.200	0.049	0.200	4.121	<0.001
2. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.137	0.042	0.159	3.271	0.001
3. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.145	0.050	0.136	2.913	0.004
4. ระดับการศึกษา	0.055	0.019	0.131	2.880	0.004
Constant	0.959	0.178	-	5.390	<0.001
ค่าคงที่ = 0.959, $F=17.460$, $P\text{-value}<0.001$, $R=0.380$, $R^2=0.144$					

อภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุพหุพลังพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง ($P\text{-value}=0.003$) เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ⁽¹²⁾ จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.76 และมีผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 12.85 ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้สามารถดูแลตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Phanpum, A.⁽¹³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุพลัง ($P\text{-value}=0.019$) เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบ 1 ใน 3 เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.90 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี สาเหตุอาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เกิดความเสื่อมถอยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประกอบกับ



ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง สภาพร่างกายจึงไม่อำนวยให้ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ วิไลพร วงศ์สิน⁽¹⁵⁾ พบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน และรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายการเป็นผู้สูงอายุ พหุผลที่มีสุขภาพแข็งแรง และทำให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บุตรทำหน้าที่ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพหุผล (P-value=0.038) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ทำหน้าที่ผู้ดูแล (Care giver) เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ ดังนั้นผู้ดูแลจึงทำหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) และผู้ดูแลรองหรือญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) ทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ บุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.05 การมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะบิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติพี่น้องหรือตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือผู้ดูแลมาก่อน การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้สูงอายุนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจและสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจและถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการ

ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว จากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล⁽¹⁶⁾ นอกจากนั้น เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความผูกพันกับผู้สูงอายุ โดยเป็นบุตรเป็นความผูกพันที่ผู้สูงอายุมีต่อกันตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย⁽¹⁷⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพหุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.001) ตรงกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁹⁾ กล่าวว่า 1) ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้



ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี ในทางกลับกันบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าและมักจะเกิดการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่แย่กว่า⁽⁹⁾ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายผลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาสังคม ประกอบด้วย การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และระดับการศึกษาตามลำดับสามารถทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 14.4

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาสังคม จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธเพื่อหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีและผลเสียเพื่อการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้แสดงพฤติกรรมที่ต้องการออกมา สอดคล้องกับ

แนวคิดของเบคเกอร์⁽¹⁸⁾ ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) เนื่องจากการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media Literacy skill) คือความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.271$, $P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เป็นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการ



กระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม มีระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.38 โดยผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุทราบว่าควรตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำทุกปี และผู้สูงอายุควรนอนพักผ่อนอยู่ชั้นล่างของบ้าน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได และผู้สูงอายุควรกินผัก ผลไม้ การดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยลดอาการท้องผูกและช่วยให้ร่างกายสดชื่น ตามลำดับ สำหรับประเด็นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุยังไม่สามารถปฏิบัติได้ดีในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราและยาต้องเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดและผู้สูงอายุควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2561.
2. United Nation, Department of Economic and social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nations: New York. 2015;pp.30.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. รายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม 2562. เอกสารอัดสำเนา. 2563.

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง แต่ยังไม่พบว่ามีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะในด้านบริโภคข้อมูลสินค้าและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อต่างๆ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี



4. พรปวรรณ ทรัพย์แก้ว. การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในตำบลโมคลาน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2559.
5. สุปราณี จินาสวัสดิ์. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลวังเหนือ อำเภอด่านช้าง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา. 2559.
6. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณอายุการทำงานในจังหวัดแพร่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 45: 30-42.
7. World Health Organization. [WHO]. Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2564] จาก http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.
8. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons. 2010.
9. Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain. 2000.
10. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall. 1977.
11. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper. 1951.
12. ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2540.
13. Phanpum, A., Sooknirundorn, S., Chanthaphinit, S., Nilbanphot, I.O., Poomphakwaen, K. Quality of Life of the Elders in Toobkob Village, Kokdu Sub-district, Mueang District, Loei Province. 1th National Conference in Science, Technology and Innovation 2019. 20 April 2019. Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University. 2019.
14. ครุณี ชุนหะวัด. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม : มิตรภาพบำบัด. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. 2549.
15. วิไลพร วงศ์สิน, โรจน์ จินตนาวัฒน์, กนกพร สุคำวัง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2556; 40(4): 91-99.
16. ศิริพันธ์ สาสัตย์. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552.



17. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) 2548.
18. Becker, M.H. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974; 2: 324-473.
19. Green, L. W. and Kreuter, M.W. Health promotion planning: and Environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing. 1991.



วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
3/38 ถนนเลียบเมืองทุ่งมน ตำบลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์ 46000
โทร 043-019760 ต่อ 114